

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A ENFERMEIRA DESVELANDO O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO ÀS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXPRESSO PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

**CURITIBA
2008**

MARIA EDUARDA CAVADINHA CORRÊA

**A ENFERMEIRA DESVELANDO O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO ÀS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXPRESSO PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra Liliana Maria Labronici.

CURITIBA
2008

Corrêa, Maria Eduarda Cavadinha

A enfermeira desvelando o significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de saúde / Maria Eduarda Cavadinha Corrêa - Curitiba, 2008.

95 f.

Orientadora: Lílilana Maria Labronici

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem. 2. Prática Profissional. 3. Violência Sexual 4. Profissionais de Saúde 5. Corpo. I. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA EDUARDA CAVADINHA CORRÊA

A ENFERMEIRA DESVELANDO O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXPRESSO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profª. Dra. Liliansa Maria Labronici
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profª. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Membro Titular: Universidade Federal do Piauí – UFPI



Profª. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 11 de fevereiro de 2008.

DEDICATÓRIA

À minha família. Quero que saibam que esse tempo todo que estive longe de casa me fez perceber o quanto amo cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

À **minha mãe** Eliane, um dos meus maiores exemplos, por sempre acreditar que posso voar mais alto e por estar por perto mesmo quando estamos distantes uma da outra. Obrigada pela força, incentivo e, principalmente, amor que você tem me dado. Tudo isso fez com que eu chegasse onde estou hoje.

Ao **meu pai** Roberto, pelo apoio nos momentos mais importantes e por mostrar que tudo é possível, basta querer.

Ao **meu padrasto** Gabriel, pelo amor incondicional que tem me dado.

À **minha madrastra** Iranilda, por participar da minha vida durante todos esses anos, incentivando e dando carinho.

Aos **meus padrinhos**, Max e Rebeca, sem os quais dificilmente eu conseguiria ir tão longe. Vocês me deram mais do que um lugar para morar, me deram um lar.

Aos **meus primos**, Marcelo e Rafael, por toda paciência e apoio durante essa trajetória.

A **meus irmãos**, Roberto, Luciana, Gabriel e Diogo, pelo companheirismo e saudade que carrego comigo todos os dias.

Às **amigas da turma de mestrado**, pessoas que me acolheram e me ajudaram sempre que precisei.

À **minha amiga** Joelma, uma amizade verdadeira que vou guardar por toda a minha vida.

Aos **meus amigos pernambucanos**, por mostrarem que verdadeiras amizades não se perdem com a distância.

A **CAPES**, por ter propiciado esse estudo.

Ao **Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem**, por contribuir para meu conhecimento pessoal e profissional.

Aos **Centros de Referências que atendem vítimas de violência sexual**, por aceitarem ser campos de pesquisa e por colaborarem integralmente para o desenvolvimento da mesma, e a **todos profissionais de saúde** que me receberam de forma extremamente acolhedora, e sem os quais, não seria viável a concretização dessa dissertação.

À Prof^a. Dr^a. **Maria de Fátima Mantovani**, pelo acolhimento e orientações constantes. Obrigada por tudo.

Especialmente à Prof^a. Dr^a. **Liliana Maria Labronici**, por todas as orientações no decorrer desse trabalho e por sempre acreditar que eu conseguiria vencer todos os obstáculos. Aprendi bastante com você, não só para o desenvolvimento dessa dissertação, mas para a vida inteira.

"Feliz de quem entende
que é preciso mudar
muito para ser sempre o
mesmo."

Dom Hélder Câmara

RESUMO

CORRÊA, M.E.C. LABRONICI, L.M. **A Enfermeira desvelando o significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de saúde.** 2008. 95f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2008.

A violência sexual é um fenômeno complexo cujo atendimento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar. Esse fenômeno afeta não só as vítimas, mas os profissionais de saúde que prestam o atendimento. Trata-se de pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica que teve como objetivo desvelar o significado da vivência no cuidar de vítimas de violência sexual. Foi realizada no período de dezembro de 2006 a março de 2007 com 12 profissionais de saúde dos centros de referência da cidade de Curitiba para atendimento às vítimas de violência sexual. A coleta dos discursos se deu mediante entrevista semi-estruturada gravada e sua análise seguiu os momentos da trajetória fenomenológica: descrição, redução e compreensão. Desta emergiu os temas: Marcas visíveis e invisíveis deixadas pelas vítimas de violência sexual nos corpos dos profissionais de saúde e Sentir-se impotente: um sentimento expresso por corporeidades cuidadoras de vítimas de violência sexual. As vítimas de violência sexual trazem em seu corpo as marcas visíveis e invisíveis de uma história vivenciada que causa dor, medo, angústia, depressão, sofrimento e, ao ser compartilhada com o profissional de saúde, afeta-o, gerando o sentimento de impotência por não conseguirem resolver o problema como desejam, uma vez que não tiveram, na formação acadêmica, embasamento teórico sobre a violência sexual nem vivências que propiciassem a reflexão. Assim, esta pesquisa aponta para a necessidade de se introduzir o tema em tela nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde e humanas a fim de capacitar os profissionais para o cuidado com vítimas de violência sexual, promover a implantação de capacitação permanente nas instituições de saúde, além da criação de grupos dirigidos por um profissional especializado para que os profissionais da saúde, que cuidam dessas vitimas, possam trabalhar não apenas o sentimento de impotência, mas as experiências e sofrimentos compartilhados que vão acumulando e podem afetá-los na sua multidimensionalidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Prática profissional, Violência sexual, Profissionais de saúde, Corpo.

ABSTRACT

CORRÊA, M.E.C. LABRONICI, L.M. **The nurse revealing the meaning of attending the victims of sexual violence expressed by the health professionals.** 2008. 95pg. Master Dissertation - Program of Pos Graduation in Nursing from the Federal University of Paraná, 2008.

The sexual violence is a complex phenomenon which the attendance should be given by an multidisciplinary team. This phenomenon affects not only the victims, but the health professionals who take care of these victims. This work is about qualitative research of phenomenological approach that had as objective to show the meaning of the experience in taking care of victims of sexual violence. The present research was done from December 2006 to March 2007 with 12 professionals of health from the reference centers of sexual violence victims' attendance in Curitiba. The collection of the speeches was made through a half-structuralized recorded interview and its analysis followed the moments of the phenomenological trajectory: description, reduction and understanding. From it, two points emerged: Visible and invisible marks left by the victims of sexual violence in the bodies of health professionals and Feeling impotent: a feeling expressed by the corporeity's caring of sexual violence victims. It was evidenced that the victims of sexual violence bring in their bodies the visible and invisible marks of a deeply lived history that causes pain, fear, anguish, depression, suffering and when it is shared with the health professionals affects them, causing a feeling of impotence because the professionals cannot solve the problem as they desire, once they had had in the academic education neither theoretical basement on the sexual violence nor experiences that bring them to reflection. Thus, this research points out the necessity of introducing the subject in the graduation and after-graduation courses from health and human areas in order to enable the students to care victims of sexual violence, the implantation of permanent qualification in health institutions, beyond the creation of groups coordinated by a specialized professional so the professionals of health, who take care of these victims, can work, not only with the impotence feeling, but also the shared experiences and sufferings that are accumulated and can affect them in its multidimensional aspect.

Key words: Nursing, Professional Practice, Sexual violence, Professionals of health, Body.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
1.1.	A ESCOLHA DO OBJETO DE ESTUDO.....	17
	Pergunta norteadora.....	18
	Objetivo.....	18
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.	REFERENCIAL FILOSÓFICO.....	27
4.	DESENHO METODOLÓGICO.....	33
4.1.	Abordagem do estudo.....	33
4.2.	Cenários.....	34
4.2.1.	Hospital de Clínicas.....	35
4.2.2.	Hospital Universitário Evangélico.....	35
4.2.3.	Hospital Pequeno Príncipe.....	36
4.3.	Delimitação temporal.....	37
4.4.	Os atores dos cenários.....	37
4.5.	Aspectos éticos.....	37
4.6.	Obtenção dos discursos.....	38
4.7.	Análise dos discursos.....	39
4.7.1.	Processo de análise.....	42
5.	A COMPREENSÃO DO FENÔMENO.....	48
5.1.	MARCAS VISÍVEIS E INVISÍVEIS DEIXADAS PELAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS CORPOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	48
5.2.	SENTIR-SE IMPOTENTE: UM SENTIMENTO EXPRESSO POR CORPOREIDADES CUIDADORAS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	60
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	79
	ANEXOS.....	92

1. INTRODUÇÃO

A construção do conhecimento é uma busca constante que nos incita, em alguns momentos, a refletir sobre a existência humana, sobre o mundo como manancial de possibilidades, uma vez que é o espaço onde se concretiza o processo de relação com o outro, ou seja, a coexistência, e onde encontramos uma pluralidade de fenômenos.

A violência enquanto fenômeno sempre esteve presente na história da humanidade. Trata-se de um termo genérico que inclui todos os tipos de abusos capazes de humilhar, degradar e gerar danos ao bem-estar, à dignidade e aos valores da pessoa. Nesse sentido, ela quer dizer o uso da força nas dimensões física, psicológica ou intelectual, uma vez que obriga o outro a realizar algo que não deseja, e isso significa impedir a manifestação de liberdade do outro. É uma forma de relação social, através da qual os seres humanos produzem e reproduzem suas condições de existência (MINAYO; SOUZA, 1999), e é considerada como uma das formas mais graves de discriminação em razão do sexo/gênero (TELES; MELO, 2002).

A discriminação em razão do sexo/gênero refere-se às relações entre homens e mulheres que têm sido historicamente desiguais, causando subordinação da população feminina ao poder masculino, pois 80% dos casos de violência doméstica e/ou sexual incidem sobre as mulheres, adolescentes e crianças do sexo feminino (CURITIBA, 2004).

A visibilidade da violência contra a mulher se deu pelo movimento feminista, que mostra a violência sexual e doméstica, incluindo também crianças e adolescentes (TELES; MELO, 2002). As autoras (2002, p. 19) afirmam que a “expressão ‘violência contra a mulher’ significa a intimidação da mulher pelo homem que desempenha o papel de seu agressor, seu dominador e seu disciplinador”. Contudo, não pode ser entendida separadamente das questões de gênero, estruturas sociais e papéis que influenciam na vulnerabilidade da mulher à violência.

As diferenças atribuídas ao gênero ajudam a desvendar as relações entre a tradição de pensamento dualista e a construção do ser homem e do ser mulher, no qual as idéias sobre masculino/feminino estão presentes também nos conceitos de cultura/natureza, razão/emoção, sujeito/objeto, mente/corpo. Nessa tradição, os pares contrapostos são vistos como opostos e excludentes, além de fixos nas suas diferenças.

No que diz respeito à construção dos gêneros, o dualismo afirma em primeiro plano que o homem é ativo e a mulher passiva, fundindo-se, assim, a identidade de gênero e a identidade sexual (GIFFIN, 1994). Nesse sentido, a visão dualista favorece desigualdades socioculturais entre homens e mulheres, e os papéis sociais diferenciados que repercutem na esfera da vida pública e privada de ambos os sexos, sujeitando o direito da mulher ao poder masculino, surgindo, então, a violência de gênero.

O termo violência de gênero refere-se a uma violência que tem raiz nas diferenças entre homens e mulheres e é freqüentemente tolerada e justificada por leis, instituições e normas das comunidades que servem para reforçá-la (NAÇÕES UNIDAS, 1993; BOTT et al., 2005; MORENO, 2000). Assim, pode se expressar de diversas formas, em qualquer faixa etária, atingindo todas as classes sociais, culturas e sociedades.

É importante lembrar que a metade da população do mundo é composta por mulheres, e a extensão do fato de que elas se beneficiam das políticas e dos programas tem um impacto muito forte no desenvolvimento dos países. Um relatório do Banco Mundial (2006) demonstra que mulheres tendem a trabalhar mais do que homens, investem mais seus salários em suas crianças, são as principais mãos-de-obra, como também consumidoras, e as responsáveis pela vida-sustento, sem a qual os homens e meninos não poderiam sobreviver, muito menos apreciar altos níveis de produtividade, motivos pelos quais esta instituição vê a questão de gênero como algo que diminui o crescimento da economia e dificulta a redução da pobreza nos países em desenvolvimento.

Para elucidar a temática da violência, outro estudo do Banco Mundial citado por Heise e Pitanguy, em 1994, conclui que 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física de mulheres de 15 a 44 anos, é resultado da violência de gênero. Em termos globais, as consequências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres, medidas dessa forma, é maior do que as consequências de todo tipo de câncer e pouco menor do que os efeitos das doenças cardiovasculares.

Muito antes desse estudo ser publicado, o campo de estudos de gênero já vinha se consolidando no Brasil no final da década de 70, concomitantemente ao fortalecimento do movimento feminista no país (FARAH, 2004). A partir desta década, vários acordos internacionais manifestaram claramente que a violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos.

Em 1979, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a "Convenção de Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher", conhecida como a Lei Internacional dos Direitos da Mulher que define o que se constitui discriminação contra a mulher, e estabelece uma agenda de ações a fim de acabar com a discriminação. Em 1993, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a "Declaração da Eliminação da Violência contra a Mulher", o primeiro documento internacional de direitos humanos focado exclusivamente na violência contra a mulher.

A declaração da eliminação da violência contra a mulher afirma que a violência contra a mulher viola e degrada os direitos humanos da mulher em seus aspectos fundamentais de liberdade. Em 1994, a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra mulher declara que esse tipo de abuso constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades.

Em 1995, a Plataforma por Ação de Beijing (da Quarta Conferência Mundial da Mulher) chama a atenção dos governos a condenarem a violência contra a mulher e eliminarem alegações baseadas em tradições, costumes e religião como

forma de desculpas por se manterem afastados de suas obrigações com respeito à "Declaração da Eliminação da Violência contra a Mulher" (IPAS, 2006).

A violência contra a mulher foi definida pela Convenção Interamericana, conhecida como Convenção de Belém do Pará, em 1994, e aprovada na assembléia geral da Organização dos Estados Americanos como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado".

No Brasil, essa Convenção tem força de lei interna, conforme o disposto no § 2º do artigo 5º da Constituição Federal vigente que ratificou e ampliou a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, representando o esforço do movimento feminista internacional para dar visibilidade à existência da violência contra a mulher (PORTO, 2004).

A violência contra a mulher, de acordo com a Convenção de Belém do Pará (1994), inclui a violência física, sexual e psicológica que:

- a) tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou tenha convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- b) tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
- c) seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Dentre os vários tipos de violência existentes, optei por ampliar meus conhecimentos sobre a violência sexual que representa uma parcela importante dos casos de violência em nossa sociedade e afeta crianças, adolescentes, homens, porém, em especial, as mulheres.

De acordo com o Relatório Mundial de Violência e Saúde, realizado pela Organização Mundial de Saúde, 20% das mulheres e 10% dos homens foram

vítimas de abuso sexual na infância e 30% das primeiras experiências sexuais são forçadas (OMS, 2002).

Em um estudo recente realizado por Schraiber *et al.* (2002) com 322 mulheres usuárias de um serviço da rede pública do município de São Paulo, 11,5% (37 mulheres) referiram ter sido forçadas a ter relações sexuais pelo menos uma vez na vida adulta, sendo 62,2% desses casos cometidos por companheiros e familiares. Contudo, a verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida, devido à subnotificação e subregistro (KOSS, 1993; DREZETT, 2000).

Nos EUA, calcula-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades. No Brasil, acredita-se que a maior parte das mulheres não registra queixa por constrangimento e medo de humilhação, somados ao receio da falta de compreensão ou interpretação dúbia dos parceiros, familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Apesar do tímido percentual de denúncias, a agressão sexual é um crime cada vez mais reportado, acometendo 12 milhões de mulheres a cada ano em todo mundo (DREZETT, 2000).

Alguns estudos (HEISE *et al.*, 1999; GIFFIN, 1994; MORENO, 2000) demonstram as conseqüências da violência sexual para a saúde e o bem-estar das mulheres, que podem variar de resultados fatais, como mortes em conseqüência do vírus HIV, homicídio e suicídio, para resultados não fatais como ferimentos, síndromes de dores crônicas, distúrbios gastrintestinais, gravidez indesejada e aborto inseguro, além das conseqüências para a saúde mental como o estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, baixa auto-estima, abuso de álcool e drogas, entre outras. As conseqüências podem acompanhar a mulher em toda sua existência. Nos Estados Unidos, 25% dessas vítimas ainda exibem sintomas disfuncionais de 4 a 6 anos após a ocorrência (HEISE *et al.*, 1999).

Historicamente, o setor de saúde demorou a reconhecer as implicações da violência contra a mulher para a saúde pública, e, no Brasil, estudos sobre essa forma de abuso só começaram a ser produzidos a partir de 1990 (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

No que diz respeito à formação dos profissionais que atuam na área, muitas escolas de medicina e enfermagem não os preparam adequadamente para reconhecer ou responder pelas conseqüências da violência doméstica, estupro ou abuso sexual. A violência sexual é vista como um problema social sobre o qual os profissionais hesitam em discutir com os clientes, e muitas instituições não capacitam os recursos humanos para realizar um atendimento mais apropriado (HEISE *et al.*, 1999).

Para o Ministério da Saúde, o ideal é que o atendimento da mulher vítima de violência sexual seja prestado por equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, e que cada um cumpra papel específico no atendimento à vítima. Para que isso ocorra, todos devem estar sensibilizados para as questões da violência e serem capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas (BRASIL, 2005).

Diante desse fenômeno, a Secretaria Municipal de Curitiba, através do programa Mulher de Verdade, vem desenvolvendo o protocolo de Atenção à Mulher Vítima de Violência, na tentativa de oferecer ao profissional de saúde métodos para detectar sinais e sintomas da agressão, formas de abordagem e acolhimento, informações para orientar as mulheres que procuram ajuda nas Unidades de Saúde, realização de atendimentos específicos, além do atendimento clínico e, quando necessário, o encaminhamento para os hospitais de referência, inclusive para o aborto legal (CURITIBA, 2004). Dessa forma, toda a assistência às pessoas violentadas sexualmente é realizada dentro dos Centros de Referências Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), evitando-se assim que a vítima tenha de se dirigir a diversos órgãos públicos como delegacias e o Instituto Médico Legal (IML), a fim de denunciar ou comprovar a violência sofrida (OLIVEIRA; VIOLA, 2002).

O protocolo de atendimento às vítimas de violência foi implantado em três Centros de Referência Hospitalares do SUS em Curitiba: o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, o Hospital Evangélico da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba e, para o atendimento às crianças de até 12 anos de idade,

o Hospital Infantil Pequeno Príncipe da Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro.

Os procedimentos que são realizados nos serviços hospitalares (centros de referência) são: anticoncepção de emergência, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo AIDS e hepatite B, interrupção da gravidez prevista por lei, além do acompanhamento psicológico e dos procedimentos periciais realizados pelos médicos do IML, como uma forma de evitar a continuidade da violência a que essas mulheres são submetidas.

É interessante destacar que os profissionais de saúde têm sua formação alicerçada no modelo biomédico que fragmenta o ser humano, e, em alguns lugares, a violência contra a mulher é percebida como uma doença que requer uma intervenção baseada na racionalidade, ou seja, de forma objetiva e visível que permita uma justificativa para o tratamento (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Compreendo que a vivência pela mulher desse tipo de abuso exige que os profissionais de saúde dediquem maior atenção ao “ser” mulher, além do aspecto biomédico. Isso significa que precisam enxergar além da doença e do procedimento curativo, ou seja, é necessário ter a visão transcendental, aquela que ultrapassa a aparência e penetra na sua profundidade, no seu mundo privado, enfim, na sua subjetividade para ajudá-la na superação dessa experiência que deixa cicatrizes visíveis e invisíveis no corpo.

A violência não é só o que se exterioriza, ela também está presente no interior da pessoa que a vivencia, com marcas que não são detectáveis através de aparelhos sofisticados de diagnóstico clínico, mas que podem conduzir a exteriorização de queixas e sintomas que denotam problemas de saúde evidentes. Nesse sentido, é importante a conscientização por parte dos profissionais de saúde de que a mulher, ao chegar a um serviço, espera ser acolhida, ouvida, compreendida e receber todos os cuidados necessários durante todo o tratamento.

Cabe aos profissionais de saúde desenvolver habilidades técnico-científicas capazes de atender às especificidades na vida da mulher, e, principalmente, o

conhecimento estético, ou seja, aquele que diz respeito ao sensível, à capacidade de perceber, ouvir e compreender o que está por trás da queixa e do sintoma, pois eles podem ocultar situações de violência.

Vale enfatizar que, além de cada área envolvida no cuidado ao corpo que sofre violência sexual, faz-se necessário realizar a integração das ações em um trabalho interdisciplinar, visando ao desempenho da equipe mediante discussões críticas e reflexivas, de modo a evitar a violência institucional a que muitas vezes a mulher está exposta, agravando a sua situação. Entende-se por violência institucional a que é exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Nela, pode-se incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços (BRASIL, 2002).

Entendo que é importante capacitar os membros da equipe de saúde, inclusive os que trabalham indiretamente com as mulheres vítimas de violência sexual para que possam ter um melhor desempenho profissional. Nesse sentido, penso que os profissionais de saúde que atendem esse tipo de vítima, se defrontam em seu cotidiano com situações que os mobilizam emocionalmente, por vezes de uma forma bastante intensa. Isso não só dificulta o seu trabalho, como também acarreta um grau de sofrimento pessoal, porque experimentam sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados, para assim promover uma melhor assistência à essas vítimas e também garantir sua saúde enquanto trabalhador.

1.1. A ESCOLHA DO OBJETO DE ESTUDO

Durante a graduação em enfermagem, estive envolvida com um trabalho de extensão que assistia meninas (crianças e adolescentes) em situação de risco. Nessa etapa de formação, tive uma breve aproximação com o tema, pois muitas dessas meninas haviam vivenciado vários tipos de violência em sua trajetória existencial.

Após a conclusão da graduação em 2005, decidi ampliar e aprofundar meus conhecimentos por meio do curso de mestrado. Então, tive a oportunidade de

participar de uma pesquisa com vítimas de violência sexual, em conjunto com minha orientadora e uma bolsista da graduação e, através dessa pesquisa, pude conhecer um dos ambulatorios que atendem vítimas de violência sexual. Desenvolvi um interesse especial pelos profissionais que realizavam o atendimento. Intrigava-me a postura deles para com aquelas mulheres e isso me levou a uma busca: a compreensão do significado de atender vítimas de violência sexual para esses profissionais. Dessa forma, surgiu o interesse de estudar a presente temática por ser atual e pouco explorada na literatura de enfermagem, pois o foco de atenção, de um modo geral, são as vítimas.

Acredito que, ao dar voz a esses profissionais de saúde, possa trazer contribuições para enfermagem, pois a enfermeira é um dos profissionais que estão na linha de frente do atendimento às vítimas de violência sexual, e cada membro da equipe de saúde tem um papel ou função terapêutica no tratamento que não deve ser pensado independentemente, mas como parte de um trabalho multidisciplinar, no qual todos estão interligados e têm a sua importância.

Diante do exposto, a pergunta norteadora desta pesquisa é:

“O que significa para os profissionais de saúde cuidar de vítimas de violência sexual”

O objetivo é:

“Desvelar o significado da vivência no cuidar de vítimas de violência sexual”.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A violência tornou-se atualmente a tônica de nosso cotidiano (SANTOS JÚNIOR & DIAS, 2004) e é, sem dúvida alguma, o principal problema que estamos enfrentando, uma vez que deixa de ser um fato exclusivamente policial para ser um problema social (ALMENDRA; BAIERL, 2002).

Em 1949, a *I World Health Assembly* declarou a violência como um problema prioritário de saúde pública (FIGUEROA, 2005) pelo fato de as mortes e traumas ocorridos por causas violentas estarem aumentando de forma a repercutir no âmbito social como um todo (MINAYO, 1994). Tal situação fez com que, em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em seu documento sobre o tema, declarasse que "a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países" (OPAS, 1993).

Nunca se falou tanto em violência e em como combatê-la, contudo, a sensação de impotência é cada vez maior (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2004). Um fator que corrobora essa impotência é a sua morbidade que é difícil de ser mensurada, seja pela escassez de dados, seja pela imprecisão das informações geradas através dos boletins de ocorrências policiais, seja pela pouca visibilidade que têm determinados tipos de agravos, ou ainda, pela multiplicidade de fatores que envolvem atos violentos (MINAYO; SOUZA, 1998).

Todo tipo de abuso capaz de humilhar, degradar e gerar danos ao bem-estar, à dignidade e aos valores das pessoas é conhecido como violência. Ela manifesta-se como um poder sem medida, sem harmonia, conduta que se torna destrutiva, porque manipula e utiliza as pessoas de tal maneira que impede sua plenitude. Como tal, tolhe a liberdade mediante a força física, a pressão psicológica e o impedimento de tomada de decisões. Ela é entendida por Chauí (1984, p. 35) como:

uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de

desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade, e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

A violência é um problema geral e crescente em todas as sociedades, adota muitas formas e aparece em todos os ambientes: no trabalho, nos lares, nas ruas e nas comunidades como um todo, motivo pelo qual tanto os homens quanto as mulheres de todas as idades, mas sobretudo os jovens, são afetados por ela. Não obstante, existem diferenças importantes entre as mulheres e os homens no que se refere à forma, à natureza e às conseqüências da violência (MORENO, 2000). Portanto, existe o estabelecimento de situações de violência decorrentes de padrões de comportamento, pensamento, linguagem dos papéis de mulher e de homem e da relação entre estes, conhecida como violência de gênero (PORTO *et al.*, 2003).

O gênero como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres é uma construção social sobreposta ao corpo sexuado, e uma forma de significação de poder (SCOTT, 1989). É construído historicamente e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade, e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. Há uma delimitação de campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, e é única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade.

No que se refere à violência de gênero, Moreno (2000) afirma que é um problema multidimensional. Existem fatores individuais, familiares e sociais que colocam a mulher em uma situação de risco para sofrer os atos violentos ou, pelo contrário, ajudam a reduzir esse risco.

A violência contra a mulher está imbricada nas normas sociais e culturais que perpetuam a desigualdade entre as mulheres e os homens, e que favorecem a discriminação contra ela. Contudo, além da questão, existem outros fatores como etnia, classe social e regiões que podem influenciar essa prática, motivo pelo qual

suas causas são multifatoriais e complexas (MORENO, 2000). De acordo com o autor, por apresentar essas diversidades de causas, é muito mais que um problema de saúde pública. Trata-se de uma infração dos direitos da mulher que afeta sua capacidade de exercer outros direitos humanos, como os direitos sexuais e reprodutivos.

As muitas formas de discriminação que a mulher sofre na sociedade reforçam a violência que pode adotar muitas faces, dentre as quais se destacam a violência física, a psicológica e a sexual.

A violência física consiste no uso da força física, arma ou objeto, de forma intencional, causando ou não dano, lesões internas ou externas no corpo. Inclui todas as manifestações de agressão que resultam em lesões corporais ou morte da mulher agredida. A psicológica é aquela em que há sujeição a agressões verbais constantes, ameaças, chantagem, privação de liberdade, humilhação, desvalorização, hostilidade, culpabilização, rejeição, indiferença, causando danos à auto-estima, à identidade e ao desenvolvimento e equilíbrio emocional da pessoa. No que diz respeito à violência sexual, ela é toda ação na qual uma pessoa numa relação de poder, por meio de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, obriga uma outra pessoa a praticar ou submeter-se a prática sexual (CURITIBA, 2004).

É importante ressaltar que a prática da violência sexual é considerada crime mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, padrasto, companheiro ou marido. São considerados violência sexual o estupro, ato libidinoso, abuso sexual na infância e adolescência, sexo forçado no casamento, assédio sexual, atentado violento ao pudor e abuso incestuoso (CURITIBA, 2004).

Durante o ano de 2001, o Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo – NOP estudou o universo feminino e formulou 125 perguntas, aproximadamente, para uma pesquisa nacional inédita sobre mulheres, com uma amostra de 2.502 entrevistas pessoais e domiciliares, estratificadas em cotas de idade e peso geográfico por natureza e porte do município, segundo dados da Contagem Populacional do IBGE/1996 e Censo IBGE 2000.

O NOP perguntou às mulheres de 15 anos ou mais, residentes em 187 municípios de 24 estados das 5 macrorregiões brasileiras, a respeito de temas como saúde, trabalho, sexualidade, violência, educação, trabalho doméstico, cultura, política e lazer e constatou que um terço das mulheres (33%) admite já ter sido vítima, em algum momento de sua vida, de alguma forma de violência física, 27% sofreram violências psíquicas e 11% afirmam já ter sofrido assédio sexual. Um pouco mais da metade das mulheres brasileiras (57%) declara nunca ter sofrido qualquer tipo de violência por parte de algum homem (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

As organizações de mulheres vêm tentando mudar esse panorama a partir de muitos anos de ativismo. Nos últimos anos tem havido um crescente reconhecimento de que a violência contra a mulher precisa fazer parte da agenda internacional. Isso inicia-se com o tema de direitos humanos da mulher na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993), e sua relação com a saúde sexual e reprodutiva na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1994).

A Plataforma para a Ação da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, celebrada em Beijing (1995), dedicou um capítulo completo à violência contra a mulher, gerando recomendações para os governos e organizações não governamentais. Recentemente, a violência contra a mulher foi adotada como problema de saúde pública por organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), entre outras (MORENO, 2000).

No Brasil, desde a década de 70, o movimento de mulheres utiliza estratégias para dar visibilidade e tratar a questão como problema social e de saúde pública. Nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a problemática, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para acolhimento, prevenção e profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis (SCHRAIBER *et al.*, 2002)

No começo do século XXI, o problema se torna evidente e propõe aos profissionais de saúde um trabalho organizado que conduza à prevenção e ao tratamento das necessidades das pessoas afetadas (FIGUEROA, 2005), pois, além de atender as vítimas da violência, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção de modo a promover a saúde (MINAYO; SOUZA, 1998). Segundo as autoras, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que esse setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade.

A função tradicional da área de saúde tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, mas atualmente busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas desses danos e de promoção à saúde, de modo a buscar o bem-estar individual e coletivo. Os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma ampla cobertura e contato com as mulheres, e podem reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves (SCHRAIBER *et al.*, 2002; BRASIL, 2005).

O Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, Belém do Pará, no mesmo ano. A partir desses acontecimentos, o governo brasileiro entendeu que a violência contra a mulher, apesar de configurar alta relevância e de elevada incidência apresenta pequena visibilidade social, e que o registro no Sistema Único de Saúde desses casos é fundamental para dimensionar o problema e suas conseqüências, a fim de contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todos os níveis. Dessa forma, a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, foi regulamentada e, assim, os serviços de referência sentinela foram instituídos, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher (DECRETO Nº 5.099, DE 3 DE JUNHO DE 2004).

O Ministério da Saúde entende que é dever do Estado e da sociedade civil delinear estratégias para atenuar a violência sexual, e cabe ao setor de saúde acolher as vítimas para minimizar sua dor e evitar outros agravos (BRASIL, 2002). Ele, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher,

objetiva atuar em duas estratégias: capacitar e equipar os serviços para diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, ampliando e desenvolvendo os serviços especializados ou de referência. Para tanto, o Ministério da Saúde, em 2005, elaborou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes tem como objetivo maior oferecer às mulheres o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. Preconiza que a implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema, permitindo, assim, a implantação de estratégias mais amplas no combate à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Curitiba, com o objetivo de alcançar a prevenção e a erradicação da violência contra as mulheres, elaborou uma estratégia desde 2002 com a criação do Protocolo de Atenção à Mulher Vítima de Violência mediante o Programa Mulher de Verdade.

O Programa Mulher de Verdade propõe um atendimento humano e adequado às vítimas desse tipo de violência baseado na solidariedade e no respeito aos direitos das mulheres. Ele oferece aos profissionais de saúde métodos para detectar os sinais e sintomas da agressão, formas de abordagem, acolhimento e orientação. Além disso, orienta sobre todos os procedimentos necessários para que a denúncia seja efetiva, e institui que toda a assistência às pessoas violentadas sexualmente deve ser realizada dentro dos Centros de Referências Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) (CURITIBA, 2004).

Dessa forma, a vítima é menos exposta, pois não precisa se dirigir a diversos órgãos públicos como delegacias e o Instituto Médico Legal para denunciar ou comprovar a violência sofrida. Isso foi possível graças a uma parceria entre a Delegacia da Mulher, o Instituto Médico Legal, a Associação dos Magistrados do Paraná, o Conselho Municipal da Condição Feminina, o Conselho Estadual da

Mulher do Paraná, os Conselhos Estadual e Municipal da Saúde, a Defensoria Pública e as entidades do movimento de mulheres que têm possibilitado avanços no atendimento às mulheres vítimas de violência (OLIVEIRA; VIOLA, 2002).

Na cidade de Curitiba, os Centros de Referências Hospitalares são o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, o Hospital Evangélico e o Hospital Infantil Pequeno Príncipe que, em conjunto com as Unidades de Saúde do município, prestam atendimento às mulheres, adolescentes e crianças que sofrem violência sexual, acolhem as vítimas solidariamente, buscam minimizar a dor e evitar os agravos, garantem a continuidade da assistência e sensibilizam para a importância da adesão ao tratamento.

É interessante destacar que desde a implantação do programa, em março de 2002 até o ano de 2005, foram atendidas um total de 1589 vítimas, sendo que, em 2003, a média mensal foi de 52 casos, enquanto, em 2004 e 2005, o total de atendimentos diminuiu, com média mensal de 39 e 42, respectivamente. A maior parte dessas vítimas foram atendidas no Hospital de Clínicas (47,45%), seguido pelo Hospital Infantil Pequeno Príncipe (34,68%) e por último o Hospital Evangélico (17,58%). A faixa etária mais acometida foi a de 10 a 19 anos (42,41%), seguida pela faixa de 0 a 9 anos (26,52%). O sexo feminino foi o mais acometido (89,69%), e mais de 70% das vítimas com mais de 12 anos receberam medicamentos (CURITIBA, 2006).

A avaliação realizada pelos gestores municipais do Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência em Curitiba demonstrou que, nos anos de 2002 até 2005, houve um aumento da busca pelo serviço em relação ao primeiro trimestre de 2002 que era de 18 casos/mês. Esse crescimento é atribuído à estratégia de divulgação dos serviços e à articulação entre os diferentes setores que prestam assistência às vítimas de violência sexual (CURITIBA, 2006).

Com base nesses dados, não se pode omitir os efeitos que a violência, em suas várias facetas, provoca sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, especialmente sobre os profissionais que prestam atendimento, pois estão convivendo constantemente com vítimas de violência sexual e essa relação afeta, de

alguma forma, sua existência. Tais situações têm se mostrado muito freqüentes nos serviços de emergência dos hospitais gerais e até nos centros de saúde (MINAYO, 1994). Contudo, poucos são os trabalhos científicos sobre os profissionais de saúde que realizam esse atendimento.

Acredito que experimentar situações de violência, especialmente quando essa é de natureza doméstica e/ou sexual, tem se mostrado uma vivência de difícil revelação, quer no âmbito da pesquisa científica, quer no âmbito de práticas sociais de assistência, entre elas a da Saúde.

3. REFERENCIAL FILOSÓFICO

A pesquisa na enfermagem tem sido fundamentada em referenciais não apenas teóricos, mas também filosóficos, ou ambos, uma vez que é necessário um eixo em torno do qual as ações gravitam ou convergem (LABRONICI, 1999). Assim, ao conhecer no curso de mestrado várias concepções teóricas e filosóficas presentes no saber da enfermagem e que são utilizadas nas pesquisas qualitativas, tive a oportunidade de ter acesso ao pensamento do filósofo existencialista Maurice Merleau-Ponty.

A minha escolha em utilizar o conceito de corpo, corporeidade e percepção do referido autor se deve ao fato de acreditar que a construção do sujeito, na tradição racionalista que agrega e valoriza a mente/razão, nega o corpo e as vivências como fontes de conhecimento, e considera que eles interferem na busca do saber científico. Essa é a visão predominante na área da saúde que compreende o corpo numa visão biológica, portador de um conjunto de órgãos, estruturas e sistemas que, quando em disfunção, necessita “de reparos”. Portanto, é muito forte a influência do pensamento racionalista na área de saúde. Contudo, ele fragmenta o corpo e o transforma em objeto da ciência, ou seja, por meio do conhecimento técnico-científico, o corpo é entendido como um organismo vivo, como uma estrutura pré-determinada pelo código genético (POLAK, 1997a).

O filósofo Merleau-Ponty (1999) rompe com a tradição racionalista ao compreender o homem como um corpo, consciência encarnada, corporeidade que percebe e é percebido, vê e é visto, toca e é tocado, sente e é sentido porque é sensível, e busca a compreensão da vida humana no entrelaçamento do corpo com o mundo. Assim, o corpo é o concreto da nossa existência e a corporeidade é sua expressão. Para o autor, o homem não tem corpo, mas sim é corpo que está no mundo, relaciona-se com este e com o outro mediante sua corporeidade. Desta maneira, o autor explica a ambigüidade do homem porque o capta em sua integralidade, nem corpo nem espírito, nem corpo nem mente, mas simplesmente sendo corpo que revela a sua unidade a partir do sensível e da experiência do ser-no-mundo (LABRONICI, 2002).

O ser humano, para Merleau-Ponty (1999), é o centro da discussão sobre o conhecimento. Ele nasce e faz-se sensível em sua corporeidade. Para o autor (p. 200), "o corpo comporta um lado inacessível, acessível apenas ao seu titular, ele envolve uma filosofia da carne como visibilidade do invisível".

O corpo se faz presente no mundo mediante uma presença natural, o "estar-aí", ou como uma presença intencional, o "ser-aí". Na primeira condição, há uma situação passiva, porquanto o homem, pela presença natural, está presente no espaço-tempo físico e no espaço-tempo biológico. Entretanto, pela presença intencional do "ser-aí" começa a estruturar-se no espaço propriamente humano, que tem no corpo vivente, a fusão de todas as dimensões: psicológica, social, cultural e espiritual (POLAK, 1997b). Quando existe interação entre os corpos e cada qual traz sua história, seus valores, crenças, convicções movidos por intencionalidades, há, então, um encontro de corporeidades.

A intencionalidade, que possibilita a interação, pode ser fundamentada no pensamento de Merleau-Ponty (1999) que afirma ser o corpo tanto a janela para o mundo, através da qual se vê e se interage com o mesmo, como objeto que tece os fios intencionais com ele, e que me revela como percebo e sou percebido. Dessa maneira, o encontro entre corporeidades, de acordo com Labronici (1998, p.33), "é relacionamento entre corpos, entre consciências que dinamicamente se percebem, se descobrem, se reconhecem e se contrastam e, quando vivenciado sob a forma de "nós", será relação verdadeira e de transcendência".

O corpo de cada indivíduo é, segundo Merleau-Ponty (1999), a dialética do vivente e do seu meio biológico, do sujeito e do seu grupo; é o conjunto de caminhos já traçados que contêm em si tudo aquilo que encerra o seu grupo, as suas representações, a sua história, as suas crenças e sentimentos que, por sua vez, expressam a sua origem social (POLAK, 1997b), porquanto é o lugar onde "tudo permanece; do fazer ver e da fala e onde tudo se mostra" (MERLEAU-PONTY, 1999, p.208).

O acesso do corpo ao mundo, aos objetos e ao saber, isto é, à experiência no mundo antes da reflexão dá-se pela percepção. Esta é construída com estados de

consciência a partir do percebido, motivo pelo qual é considerada como ato humano. Assim, a percepção atravessa todas as dúvidas possíveis para instalar-se em plena verdade, que nos faz conhecer existências e problemas vividos, e está presente em cada momento como recriação ou reconstituição do mundo (MERLEAU-PONTY, 1999).

A percepção é construída com estados de consciência a partir do real, não nasce em qualquer lugar, ela emerge do recesso do meu corpo e visa às intenções humanas. É a percepção que, a partir da consciência intencional, da consciência do corpo próprio que coexiste comigo e permanece à margem de todas as minhas percepções, desencadeia todo o processo de descoberta e de conhecimento. Nesse sentido, ela não pode ser decomposta como reunião das partes ou de sensações (MERLEAU-PONTY, 1990, p. 47). É pela consciência que a percepção passa, visto que se refere a um estado de alerta para o mundo, motivo pelo qual é sempre consciência de alguma coisa (MARTINS, 1992). Assim, “toda consciência é perceptiva, mesmo que a consciência de nós mesmos”, ou seja, consciência de que somos corpo. Ela é “o fundo sempre pressuposto por toda a racionalidade, todo valor e toda existência” (MERLEAU-PONTY, 1990, p. 42;).

O que Merleau-Ponty quer dizer é que o percebido se coloca não como verdade a toda inteligência, mas como real para todo sujeito que partilha essa percepção. Dessa forma, a percepção torna-se o início do conhecimento do mundo, e como o ato que liga o corpo ao exterior e abre-se sobre as coisas, ou seja, ela se orienta como para seu fim, em direção a uma verdade em si. É o modo de acesso aos objetos, ao mundo, ao saber; é o ato humano que atravessa todas as dúvidas possíveis para instalar-se em plena verdade que nos faz conhecer existências e problemas vividos, e está presente em cada momento, como recriação ou uma reconstituição do mundo (MERLEAU-PONTY, 1999).

A consciência é compreendida por Merleau-Ponty (1999) não apenas como consciência sozinha, motivo pelo qual critica a idéia de que o ser humano é produto de uma coisa, na medida em que essa afirmação exige uma experiência. Então, a fenomenologia não caminha na direção da ciência porque põe entre parênteses as informações científicas e não é, absolutamente, um retorno idealista.

Ao afirmar que "não há homem interior", Merleau-Ponty (1999), além de transcender uma perspectiva dualista que divide o homem em interior e exterior, nega o idealismo transcendental que despoja o mundo de sua opacidade; coloca a percepção como o fundo sobre o qual todos os atos se liberam, ao mesmo tempo em que ela é pressuposta por estes. Então, a percepção é o campo de revelação do mundo - campo de experiência, não é um ato psíquico, sendo, desse modo, a fusão do sujeito com o objeto.

Ao falar da percepção, Merleau-Ponty (1999) chama a atenção principalmente para o fato de que o que é percebido por uma pessoa (fenômeno) acontece num campo do qual ela faz parte; a identidade do mundo percebido vai ocorrendo através das suas próprias perspectivas, e vai se construindo em movimentos de retomada do passado e abertura para o futuro, sempre sendo possíveis novas perspectivas.

Para compreender a percepção é necessário considerar o sujeito da percepção e saber de sua experiência perceptiva. Nesse sentido, diz-se que as coisas "se pensam" em cada pessoa, porque não é um pensar intelectual no sentido de funcionamento de um sistema, mas sim do saber de si ao saber do objeto, já que ao entrar em contato com o objeto, o sujeito entra em contato consigo mesmo.

A experiência perceptiva (que é corporal) surge da relação dinâmica do corpo como um sistema de forças no mundo e não da associação que vem dos órgãos dos sentidos. Assim, o corpo é visto numa totalidade, na sua estrutura de relação com as coisas ao seu redor - como uma fonte de sentidos (MASINI, 2003).

A percepção é o sentido que inaugura a abertura para o mundo, como a *projeção de um ser para fora de si*. Quando o ser humano se depara com algo que se apresenta diante de sua consciência, primeiro o nota e o percebe em total harmonia com sua forma, a partir de sua consciência perceptiva. Após perceber o objeto, este entra em sua consciência e passa a ser um fenômeno. Com a intenção de percebê-lo, o ser humano intui sobre ele, imagina-o em toda sua plenitude, e será capaz de descrever o que ele realmente é. Dessa forma, o conhecimento do fenômeno é gerado em torno do próprio fenômeno (MERLEAU-PONTY, 1999).

O corpo visado enquanto fenômeno é portador de uma capacidade singular de apreender o sentido de outra conduta, seja o sentido do gesto ou da fala do outro; e a palavra também é um gesto e uma forma de conduta. Merleau-Ponty (1999) diz que eu só consigo compreender a intencionalidade do outro - e sua atitude para comigo - porque através do meu corpo posso torná-la minha. Assim, encontramos em seu pensamento um lugar especial para o corpo, para o qual é atribuído uma potência expressiva que lhe é imanente.

O corpo é intencionalidade que se exprime e que secreta a própria significação. Melhor dizendo, a análise do corpo põe à mostra o vínculo entre expressão e exprimido, cuja indissociabilidade está presente em todas as linguagens constituindo mesmo a natureza do fenômeno expressivo (FURLAN; BOCCHI, 2003). Nesse sentido, Merleau-Ponty (1999) quer, sobretudo, recuperar o movimento primordial do ato expressivo, o que corresponderia à língua em estado nascente, no instante em que ela mesma se realiza enquanto expressão. Ele se reporta ao problema da linguagem enquanto língua *falada* ou *vivida*, tomando-a sob a perspectiva daqueles que a vivenciam, os *sujeitos falantes*. Assim, esta se refere ao que é para ele uma das prioridades no estudo do problema lingüístico - o ato da fala - o verdadeiro movimento de expressão (FURLAN; BOCCHI, 2003).

A partir do momento em que o homem se serve da linguagem para estabelecer uma relação viva consigo mesmo ou com seus semelhantes deixa de ser um instrumento, não é mais um meio, mas uma manifestação, uma revelação do ser íntimo e do elo psíquico que nos une ao mundo e aos nossos semelhantes nas relações interpessoais (MERLEAU-PONTY, 1999). Nestas, os profissionais de saúde têm o cuidar do humano como projeto existencial. Nessa perspectiva, os corpos cuidadores têm o seu “ser-aí” envolvido com os corpos que precisam do cuidado concebido como:

resultado de um processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico, espaciotemporal, movimento bilateral, porque exige o sair de si e o retirar o outro do seu em si. Isto significa projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito, competência, sensibilidade e solidariedade (POLAK, 1997a, p.117).

No momento que os corpos cuidadores assumem o cuidado desses corpos, passa a ser-com-o-outro, essa relação afeta a sua existência. Neste estudo, os corpos cuidadores são os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual.

É importante destacar que o atendimento aos corpos violentados sexualmente é exercido por corpos vivos, e o seu fazer é constituído na corporeidade e pela corporeidade. Nessa relação de cuidado ocorre um projetar-se, um sair de si em direção ao outro.

Os corpos cuidadores não desenvolvem nenhuma ação isolada, por isso cada ação contém em si um pouco do outro. Dessa maneira, “nos tornamos significativos para nós e para os outros, quando cada um se torna visível ao outro, sentido e compreendido pelo outro, quando o gesto e a palavra ampliam o mundo de significações, passa existir o mundo humano” (POLAK, 1997a, p.109).

Destarte, a busca do significado da experiência será sempre o fim último da pesquisa fenomenológica, concepção estética na qual se deve buscar a expressão. Assim, acredito que o ator-colaborador sabe dessa experiência, uma vez que a vivenciou, ou seja, os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual podem expressar o que significa cuidar delas e para desvelar o significado do discurso do corpo cuidador é imprescindível o olhar qualitativo, hermenêutico, capaz de interpretar o contido nas descrições, nas lacunas deixadas pela palavra.

4. DESENHO METODOLÓGICO

4.1. ABORDAGEM DO ESTUDO

A pesquisa em tela foi de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica fundamentada nos conceitos de corpo, corporeidade e percepção do filósofo Maurice Merleau-Ponty. Essa escolha se deu pelo fato de que o objetivo central da pesquisa fenomenológica é “a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos” (MARTINS, 1992, p. 50). Dessa forma, a fenomenologia não explica o fenômeno vivido, ela apenas o descreve, tal como ele é, ou seja, sem nenhuma referência à sua gênese.

É interessante elucidar que a pesquisa qualitativa busca compreender as experiências vividas porque são repletas de significados atribuídos por quem a vivencia, e que emergem do contexto da vida. Assim, “ela trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004, p. 21).

Pesquisas qualitativas como a fenomenológica baseiam-se no princípio de que “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 270).

O pesquisador que tem como referencial a fenomenologia espera ir além do mundo das aparências e dos conhecimentos teóricos, e busca aproximar-se da experiência humana sob novas perspectivas para compreendê-la a partir de sua dimensão existencial, uma vez que propõe investigar de forma direta as vivências humanas, e compreendê-las sem se prender às explicações causais ou às generalizações. Para tal, deve abdicar de pressupostos, hipóteses ou teorias explicativas para “ir-à-coisa-mesma”, quer dizer, buscar a experiência consciente do indivíduo que é vivida de modo único, pessoal, está contida no mundo subjetivo de cada ser humano e pode ser conhecida através do que é revelado (GRAÇAS, 2000).

A descrição de um fenômeno se dá mediante um discurso, uma narrativa (BICUDO, 2000), e é de fundamental importância, não somente porque nos permite penetrar na hermenêutica, mas porquanto é “a tomada de posição do sujeito no mundo de suas significações” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 262).

Ao ter acesso ao discurso do corpo vivente que revela sua experiência, o olhar fenomenológico busca a essência que será desvelada. Quando o corpo vivente descreve tudo quanto visto e considerado essencial a ele, o fenômeno é colocado em evidência. Dessa forma, a subjetividade não é evitada nessa modalidade de pesquisa. Assim sendo, a fenomenologia é, então, um modo de pensar a realidade, que envolve a percepção do fenômeno, o qual, para ser percebido, precisa ser olhado, de modo que o que está invisível torna-se, de certa forma, visível. Isso exige, conforme salienta Bicudo (2000, p. 18), “um ver e uma consciência atenta que o veja”.

A consciência só existe no corpo que é o concreto da existência. O corpo é espaço expressivo, conjunto de significações vividas, veículo do ser no mundo, capaz de ver, de sofrer, de pensar, de expressar (MERLEAU-PONTY, 1999). Tudo que sabemos vem a partir de uma visão individual do mundo ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não nos diriam nada, ou seja, tudo o que sabemos, o sabemos por intermédio do corpo e da percepção que é o encontro do sujeito com o mundo (MERLEAU-PONTY, 1999). Nessa concepção, a percepção do cotidiano apresenta-se como um mosaico “de um conjunto de objetos distintos”, isso devido à “recordação de experiências anteriores”, ou seja, o saber (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 25).

O desenvolvimento desta pesquisa foi permeado pela percepção, pois foi por meio do percebido no outro que surgiu a troca de experiências e possibilitou o processo de descoberta do fenômeno em tela. Assim, os profissionais de saúde relataram sobre a experiência de atender vítimas de violência sexual, e essas vivências podem conter diversos fenômenos que podem ser desvelados para contribuir na construção do conhecimento acerca da violência sexual.

4.2. CENÁRIOS

Os cenários desta pesquisa foram os centros de referência da cidade de Curitiba para atendimento à vítima de violência sexual: o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, o Hospital Universitário Evangélico da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba e o Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

4.2.1. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná começou a funcionar em junho de 1961, e foi oficialmente inaugurado no dia 05 de agosto do mesmo ano pelo presidente Jânio Quadros, como órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná. É o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários do país. Possui 643 leitos dos quais 510 são ambulatoriais e 288, consultórios.

O atendimento é realizado no Ambulatório de Atendimento às Vítimas de Violência desde janeiro de 2002. Está localizado no Pronto Atendimento da Maternidade/Ginecologia e conta com uma equipe interdisciplinar de médicos, enfermeiras, psicólogo e assistente social.

4.2.2. Hospital Universitário Evangélico da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba iniciou suas atividades em 5 de setembro de 1959. É a maior instituição privada de saúde do Estado do Paraná, possuindo 554 leitos, dos quais 434 são destinados exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS e 120 para conveniados. É referência em várias áreas como: queimados, cirurgia cardíaca, ortopedia, transplantes renal, fígado e córnea, além do atendimento às vítimas de violência sexual. Compreende em suas instalações um Pronto Socorro, Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Cardíaca e Neonatal, além de três Centros Cirúrgicos, divididos em Geral, Queimados e Obstétrico.

Os atendimentos às vítimas de violência sexual começaram em março de 2002. São realizados em uma sala que fica localizada no Centro Cirúrgico Obstétrico, no sétimo andar, pelo médico e pela enfermeira que estão de plantão e o retorno é agendado para um médico específico. O hospital dispõe, também, de atendimento psicológico e de assistência social.

4.2.3. Hospital Pequeno Príncipe

O Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, juntamente com o Hospital de Crianças César Pernetta, é considerado um hospital de referência no tratamento de crianças e adolescentes de zero a 18 anos, e vem buscando visibilidade nas ações humanizadas de saúde, no cuidado solidário e também na maior participação dos pais e significantes no cuidado das crianças, dentro e fora das unidades críticas.

Inaugurado em 1971, tem como objetivo servir de apoio financeiro ao primeiro Hospital Infantil do Paraná, denominado Hospital de Crianças César Pernetta, mantido até o final da década de 1980 pelo Estado. Todavia, naquela época, muitas instituições estaduais sofriam restrições e carências, porque as estratégias governamentais tornavam-se onerosas ou porque os recursos eram colocados em outras prioridades que não a saúde.

Atualmente, o hospital César Pernetta faz parte do Hospital Pequeno Príncipe e abriga todo seu setor administrativo. As instituições são mantidas pela Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, nome dado em homenagem ao médico pediatra.

A estrutura atual de cinco andares e 340 leitos para crianças e adolescentes propicia o atendimento a todas as especialidades, exceto casos de grandes queimaduras e politraumatismos. É referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) em pediatria clínica, cirúrgica, hemato-oncologia, nefrologia, ortopedia, neurologia, otorrinolaringologia, pneumologia, ginecologia infantil e transplante hepático, renal e cardíaco.

O atendimento às crianças/adolescentes vítimas de violência sexual é realizado no ambulatório clínico, por equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeira, assistente social e psicólogo.

4.3. DELIMITAÇÃO TEMPORAL

Os discursos foram obtidos durante os meses de dezembro de 2006 a março de 2007.

4.4. OS ATORES DOS CENÁRIOS

Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde que possuem nível superior e que atendem vítimas de violência sexual nos três hospitais centro de referência da cidade de Curitiba: 4 enfermeiros, 3 médicos, 2 psicólogos e 3 assistentes sociais.

É importante destacar que na pesquisa fenomenológica, o número de participantes do estudo fica condicionado à compreensão do fenômeno investigado. Dessa forma, acredito que o conteúdo apresentado nas falas dos atores foi suficiente para elucidar o fenômeno estudado, justificando o número de participantes.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

A revelação do vivido não é um processo simples, como também não o é a ação de indagar por episódios de natureza tão sensível e delicada. Motivo pelo qual os cuidados éticos na investigação com seres humanos são imprescindíveis e devem ser fundamentados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde para avaliação e parecer e aprovado sob o CAAE nº 0049.0.091.00-06. Encaminhei o projeto com o parecer para os comitês de éticas das instituições envolvidas e em seguida, fiz a aproximação com os coordenadores responsáveis

pelos atendimentos nas instituições, a fim de apresentar minha pesquisa. Após aceitarem, foi feito o contato com os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual para comunicar que seriam procurados por mim.

Alguns encontros foram marcados pessoalmente e outros por telefone. Agendei dia e hora para as entrevistas, e todos os profissionais preferiram que fossem realizadas em salas da própria instituição, porém sempre buscando o máximo de privacidade possível e a não interferência no trabalho deles.

Antes de realizar a entrevista, fiz a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que tinha duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o colaborador, ambas assinadas pelos sujeitos, oficializando, dessa forma, a participação de cada um na pesquisa em tela. Para garantir o anonimato dos atores envolvidos, a identificação dos discursos foi feita a partir de algarismos arábicos de 1 a 12, seguindo a ordem de realização das entrevistas.

4.6. OBTENÇÃO DOS DISCURSOS

A obtenção dos discursos ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada gravada, e posteriormente transcrita em sua totalidade para buscar a expressão das experiências vividas, contemplando a seguinte questão: **“Fale-me sobre a sua experiência em cuidar de vítimas de violência sexual”**.

A entrevista não é entendida como um simples diálogo entre o sujeito-colaborador e o pesquisador. Parte-se do pressuposto de que o sujeito-colaborador está se propondo a colaborar (daí a denominação de sujeito-colaborador) com o pesquisador, contribuindo para que este possa compreender um pouco melhor o fenômeno que se quer estudar (MOREIRA, 2004).

É importante destacar que na entrevista fenomenológica a questão inicial deve ser aberta para que os atores entrevistados possam expressar livremente o fenômeno interrogado. Foi mediante a linguagem que o discurso se permitiu analisar e interpretar a coisa percebida. Assim, ela é de fundamental importância, não somente porque nos permite penetrar na hermenêutica, mas porque “é a tomada de

posição do sujeito no mundo de suas significações” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 262).

A linguagem é concebida por Merleau-Ponty (1999, p. 141) como um sistema de diferenciações, no qual se articula a relação do sujeito com o mundo; é a tomada de posição do sujeito no mundo de suas significações. Ela é apenas um acompanhamento exterior do pensamento que é entendido como a relação consigo, com o mundo e com outrem; estabelece-se, portanto, concomitantemente nas três dimensões, e é diretamente na infra-estrutura da visão que é preciso fazer o pensamento aparecer; é necessário ver ou sentir de alguma maneira para poder pensar, porquanto todo o pensamento que conhecemos advém do corpo (LABRONICI, 1999).

As precauções foram tomadas para que não houvesse indução dos relatos que só se encerraram quando os atores deixaram claro que não tinham mais nada a dizer em relação à pergunta norteadora. Dessa forma, a coleta dos discursos foi finalizada quando os mesmos se mostraram suficientes para elucidar o fenômeno em tela, o que ficou evidente no instante em que começaram a se repetir, e não surgiram mais descrições que trouxessem novos conteúdos significativos para o seu desvelamento.

Algumas dificuldades pertinentes à obtenção dos discursos foram encontradas: poucos profissionais nos centros de referência trabalham com vítimas de violência e, além disso, 2 profissionais não aceitaram participar da pesquisa. Também houve dificuldade em relação ao tempo que os profissionais dispunham para a entrevista e a impossibilidade de marcar outro horário fora do ambiente de trabalho.

4.7. ANÁLISE DOS DISCURSOS

Das descrições dos atores procurei elucidar a indagação sobre aquilo que quis apreender, extraindo delas os significados que levaram à compreensão do fenômeno. Para tanto, foram percorridos três momentos fundamentais da trajetória

fenomenológica proposta por Martins (1992): a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica.

A descrição fenomenológica é uma investigação daquilo que se mostra e que é possível ser descoberto, mas nem sempre é visto: dá-se mediante o discurso ingênuo do ator; ela fornece indicação de como o sujeito percebe determinado fenômeno, visto que é na descrição que a essência se manifesta (MARTINS, 1992).

É importante lembrar que o pesquisador não formula hipótese sobre aquilo que busca, apenas procura ver o fenômeno tal qual ele se mostra em termos de significados relacionais (MARTINS; BICUDO, 1989). Dessa forma, na fenomenologia é pertinente afirmar que os objetos são intencionados pela consciência de um ator que percebe o vivido e interroga as coisas do mundo; é na experiência desse corpo vivido, no seu encontro com o mundo que se vai buscar a descrição. Esta será tão melhor quanto mais facilitar o leitor ou o ouvinte a reconhecer o objeto descrito. O seu mérito principal não é sempre a exatidão ou o relato dos pormenores do objeto descrito, mas sim a capacidade de criar, para o ouvinte (ou para o leitor), uma reprodução tão clara quanto possível (MARTINS; BICUDO 1989).

Ressalto que a descrição do fenômeno vivido foi exaustiva, voltei várias vezes à pergunta norteadora de maneira a possibilitar distinguir as formas de expressão dos atores que me levariam à sua compreensão. Fui ao encontro dos discursos ingênuos dos atores, do seu falar espontâneo, sem interpretações prévias. Para isso, li cada um deles várias vezes, a fim de iniciar o processo de percepção do vivido pelos profissionais de saúde, que por meio da linguagem falada, descreveram os significados atribuídos nessa vivência. Em seguida, realizei a redução.

A redução é um retorno à descrição para questioná-la que tem como objetivo determinar e selecionar quais partes da descrição são consideradas essenciais daquelas que não são. O que se deseja com a redução é encontrar exatamente quais partes de experiência são verdadeiramente partes da nossa consciência, diferenciando-as daquelas que são simplesmente supostas. Assim, a proposta fenomenológica tem como finalidade mostrar o núcleo essencial do fenômeno e,

para que isso aconteça, é necessário recorrer à redução fenomenológica ou *epoché* (GRAÇAS, 2000).

A *epoché* é o momento da suspensão do juízo no qual o pesquisador deve desnudar-se, libertar-se de todo e qualquer preconceito, pressupostos e teorias, numa tentativa de confrontar os dados em sua forma pura, original, para perceber aquilo que se mostra. Com isso, o objetivo central é selecionar no discurso o que pode ser considerado essencial, o que constitui momentos da experiência do sujeito. Nessa fase, dá-se a transformação das expressões do ator em linguagem do pesquisador, criando assim unidades de significado na tentativa de buscar a compreensão do fenômeno, o que se constitui no momento de construção da síntese que contém exatamente o que foi descrito pelo sujeito e interpretado pelo pesquisador.

Quando o pesquisador assume o resultado da redução como conjunto de unidades de significados que mostram a consciência que o sujeito tem do fenômeno, surge o terceiro momento que é a compreensão fenomenológica.

A compreensão fenomenológica permite a captação das vivências sem uso de explicações e da experiência vivida subjetivamente. Esse momento é uma tentativa de especificar o significado e apreender o fenômeno, mediante um exercício de intersubjetividade e hermenêutica, ou a arte da interpretação.

Cada pessoa tem um horizonte particular no qual a compreensão se realiza. Dessa forma, compreende-se o mundo e os outros sob uma perspectiva individual, um ponto de vista exclusivo. Só podemos compreender quando interpretamos, isso significa que a compreensão está sempre atrelada à interpretação; só interpretamos aquilo que foi previamente compreendido, e a linguagem é responsável para explicitá-la. Assim,

A compreensão é o ato de compreender e, compreender é reapoderar-se da intenção total - não apenas aquilo que são para a representação as 'propriedades' da coisa percebida, a poeira dos 'fatos históricos', as 'idéias' introduzidas pela doutrina - mas a maneira única de existir que exprime nas propriedades da pedra, do vidro ou do pedaço de cerca, em todos os fatos de uma revolução, em todos os pensamentos de um filósofo. (MERLEAU-PONTY 1999, P.16).

Compreender o que significa para os profissionais de saúde atender vítimas de violência sexual foi o último momento do percurso metodológico, e significou expor a minha subjetividade e refletir sobre o discurso de cada ator, sempre tendo como alicerce a percepção. Essa experiência possibilitou um desvelamento de como são estabelecidas e percebidas as relações entre o profissional de saúde e a vítima de violência sexual durante o cuidado.

A compreensão foi essencial para perceber o que foi vivido pelo outro, para se atingir o objetivo proposto. Porém, na pesquisa fenomenológica, a interpretação dos fenômenos obtidos não é conclusiva, motivo pelo qual há espaço para novas interpretações. Dessa forma, os temas que expressaram o significado de cuidar de vítimas de violência sexual pelos profissionais de saúde foram:

Marcas visíveis e invisíveis deixadas pelas vítimas de violência sexual nos corpos dos profissionais de saúde.

Sentir-se impotente: um sentimento expresso por corporeidades cuidadoras de vítimas de violência sexual.

O processo de análise que deu origem ao tema está elucidado a seguir:

4.7.1. PROCESSO DE ANÁLISE

Linguagem simples do entrevistado	Transformação na linguagem do pesquisador	Intersubjetividade do pesquisador	Tema emergente
Parece que vai aumentando a situação e você fica se perguntando o que você vai fazer primeiro? Eu me sinto assim, impotente. O que eu posso fazer por essa pessoa? O duro é que não fica	O cuidar de vítimas de violência sexual muitas vezes não requer internamento do cliente e o profissional de saúde sente-se impotente por não poder acompanhá-lo	O sentimento de impotência está presente no profissional de saúde que cuida de vítimas de violência sexual.	Sentir-se impotente: um sentimento expresso por corporeidades cuidadoras de vítimas de violência sexual

<p>internada [...] só se precisar, se fizer algum procedimento, mas se não, atende e vai embora. Tanto é que você atende aquela paciente e depois ela vai embora e você nunca mais sabe dela (Entrevistado 10).</p>			
<p>Muitas vezes vem aquele sentimento de impotência, de você não poder fazer nada, sabe! Eu não posso te dar uma aspirina pra passar a dor, não existe um remédio que você dê e possa dizer que vai passar. Você não pode colocar um sorinho, dar uma picadinha que vai passar. É diferente da picadinha, não passa, não vai passar. É um mistério da vida. É como a dor da perda, dor da morte, dor de paixões. Só que eu acho que é uma dor pior (Entrevistado 8)</p>	<p>A violência sexual, por afetar a vítima em sua multidimensionalidade, não pode ser medicalizada, o que faz com que o profissional se sinta impotente.</p>		

<p>Teve um caso que deu vontade de adotar duas meninas que sofriam violência por parte dos pais, até porque são da idade das minhas filhas, mas a gente tem que trabalhar isso também. Eu fiquei arrasada, eu fiquei doente e aí vem aquele sentimento de impotência (Entrevistado 11).</p>	<p>A violência sexual sofrida por crianças mexe com o profissional e faz com que ele queira fazer mais por essas vítimas e o leva a um sentimento de impotência.</p>		
<p>O mais difícil eu vejo é a criança e a violência crônica. Mas pela questão da desproteção, porque a criança não tem a experiência nem a condição de sair daquela situação, inclusive a gente consegue enxergar a imposição social dos valores que fica ali muito forte. Eu me sinto impotente (Entrevistado 2).</p>	<p>A violência sexual crônica sofrida por crianças causa sentimento de impotência no profissional por ela estar numa situação vulnerável que é de dependência.</p>		
<p>Eu acho que o sentimento de impotência muitas vezes faz você ficar angustiada, que você olha pra</p>	<p>O profissional de saúde sente-se incomodado com o sentimento de impotência que surge pelo fato dele não conseguir ir além de seus deveres</p>		

<p> pessoa e pensa “eu vou fazer o quê?” Muitas vezes eu me sinto impotente no atendimento, Muitas vezes eu tenho vontade de fazer alguma coisa, muitas vezes essa mulher vem e fala que o agressor continua lá na casa dela e diz que ele vai continuar ameaçando e eu não posso fazer nada a partir daí. Então esse sentimento assim pra mim é o que mais me incomoda, são minhas limitações. Então existem essas coisas que me incomodam, a impotência e também o fato daquela mulher estar ali, representar a violência (Entrevistado 7). </p>	<p>profissionais.</p>		
<p> A pessoa é vítima crônica, ela se percebe vítima crônica, mas assim a situação dela é complicada. Então, às vezes é uma mulher casada, que não </p>	<p> A situação da vítima de violência sexual crônica deixa o profissional de saúde impotente. </p>		

tem profissão, que depende do marido, que tem 3 filhos pequenos e que se ela separar do marido, ela não tem como criar as crianças, às vezes ela acaba acreditando que o marido vá mudar, que vai deixar de ser violento. É uma situação que eu me sinto um pouco impotente (Entrevistado 5).			
Os pacientes que sofrem violência crônica sabe, porque eu sinto que eles vêm aqui mais empurrados, mas assim eu sinto que não vai ser uma coisa que vai resolver de imediato, porque aquilo é uma bola de neve, sabe. Mas assim, são coisas que fogem do meu limite. E aí eu vejo que não tem resolutividade. E é isso que o povo anseia, fica angustiado, inclusive eu (Entrevistado 3).	A violência sexual crônica tem pouca resolutividade deixa o profissional de saúde impotente.		
Tem vários	A violência sexual		

<p>outros tipos de violência como a violência crônica, [...] cometida pelo parceiro, pelo companheiro ou pelo marido, já é um perfil que eu acho que a minha interferência, a minha participação é menor, porque envolve outras coisas do contexto familiar, social da paciente que a gente acaba não conseguindo dar tanta resolutividade (Entrevistado 2).</p>	<p>crônica, por ter várias aspectos que o profissional de saúde não pode interferir, tem pouca resolutividade.</p>		
<p>Eu acho que isso é uma sensação de impotência, porque você faz a sua parte aqui e não adianta, porque tem o depois [...] depois que acontece você vai fazer o quê? É além do nosso limite. A gente que ver o antes, o durante e o depois, porque dá a sensação que nosso trabalho é perdido (Entrevistado 9).</p>	<p>O profissional de saúde sente a necessidade de acompanhar a vítima de violência sexual para que não se sinta impotente.</p>		

5. A COMPREENSÃO DO FENÔMENO

A compreensão e interpretação do fenômeno ser-profissional-de-saúde que cuida de vítimas de violência sexual, partindo dos discursos sobre suas vivências revelam nuances que precisam ser desveladas em um movimento constante entre o ser em si mesmo e a realidade na qual ele está inserido. Para melhor compreensão do fenômeno em estudo, apresentarei a seguir a seguinte categoria:

5.1. MARCAS VISÍVEIS E INVISÍVEIS DEIXADAS PELAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS CORPOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Nosso corpo é um verdadeiro arquivo vivo inesgotável que pode revelar diversos traços de sua multidimensionalidade, mas, ao mesmo tempo, pode escondê-los. O modo como meu corpo se encontra no mundo é expresso pelo esquema corporal. Essa presença corporal define o lugar de onde vivenciamos o mundo, isto é, a zona de corporeidade compreendida como totalidade de experiência do corpo que é movimento, gesto, presença. A presença corporal não reduz o homem a um conceito de corpo material, mas de um fenômeno corporal que se expressa pela palavra, pela fala, pela linguagem (MERLEAU-PONTY, 1999).

A expressão do corpo que vê e é visto, toca e é tocado, sente e é sentido, porque é objeto sensível ocorre durante toda a nossa existência que não é solitária, porquanto existimos com o outro, isto é, coexistimos (MERLEAU-PONTY, 1999). O existir e o coexistir no mundo possibilitam vivenciar uma multiplicidade de fenômenos existenciais aos quais atribuímos significados que guardamos em nosso corpo, a partir da nossa relação. A relação entre corporeidades, ou seja, a intercorporeidade se dá durante toda a nossa existência seja na dimensão pessoal, social e profissional (LABRONICI, 2002).

O processo de relação intercorporeidades entre cliente e profissionais de saúde deve se dar mediante a intencionalidade, que é um dos conceitos fundamentais da fenomenologia, e que Merleau-Ponty (1999) compreende como um corpo que percebe, age no mundo e adquire um saber próprio corporal à medida que visa coisas sob determinada perspectiva e se expressa nas situações.

[...] a vida da consciência [...] é sustentada por um “arco intencional” que projeta em torno de nós nosso passado, nosso futuro, nosso meio humano, nossa situação física, nossa situação ideológica, nossa situação moral, ou antes, que faz com que estejamos situados sob todos esses aspectos. É esse arco intencional que faz a unidade entre os sentidos, a unidade entre os sentidos e a inteligência, a unidade entre a sensibilidade e a motricidade (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 190).

O arco intencional nada mais é do que o corpo fenomenal em sua intencionalidade, e a motricidade é um modo de ser-no-mundo permeada por ela, no qual o sujeito está numa atitude de um “eu posso” e não um “eu penso”. O movimento deixa de ser o pensamento de um movimento e é vivido como maneira do corpo visar ao objeto pelo sentimento, pela vontade, pela ação (MERLEAU-PONTY, 1999). A intencionalidade dos profissionais de saúde que cuidam de vítimas de violência sexual pode ser desvelada nas seguintes falas:

Para atender a vítima, acredito que a gente tenha que estar-para isso, estar para ouvi-la. Acho que cada profissional deve buscar, nas suas categorias e formação, instrumentos de abordagens para melhor atender (Entrevistado 1).

[...] a vítima é diferente, ela precisa de atenção, ela precisa que você se entregue pra ela ali, naquele momento. Não é só a questão física dela, é o psicológico que tá abalado, é tudo, é ela por inteiro (Entrevistado 10).

A gente tem que estar para ela naquele exato momento (Entrevistado 4).

A noção de intencionalidade, para Merleau-Ponty (1999), fundamenta a concepção de atos perceptivos que possibilitam acesso às próprias coisas e ao mundo real. Isso significa que a percepção propicia a entrada no mundo privado do outro, ou seja, na sua profundidade para conhecê-lo, captar seus medos, descobrir os fantasmas que permeiam sua existência tornando-a frágil (LABRONICI, 2002). É, portanto, no mundo das relações que nos conhecemos. Nesse contexto, a nossa existência não se reduz à consciência que temos de existir, mas é aquilo que vivemos; ela revela um mundo enigmático vivenciado pelo corpo dotado de uma intencionalidade operante e espontânea, e nos possibilita comunicar com o mundo e com os outros, antes mesmo de qualquer análise reflexiva (MARTINI, 2006).

Corpo e mundo não podem ser definidos independentemente um do outro. Há, sim, uma cadeia de relações intrínsecas – relações de significados. Significados atribuídos às vivências afetivas, cognitivas, sociais, culturais. Vivências que se

entrelaçam e se organizam corporalmente, são expressas singularmente e simultaneamente nas diferentes situações de vida (MERLEAU-PONTY, 1999), e isso pode ser constatado mediante o exposto na fala a seguir:

Você tem que escutar o vivenciado dela, é aquilo que ela tá expressando naquele momento. Claro que ela traz com ela a cultura dela, os valores dela, a expectativa que ela tem de vida, de mulher, de exercício de sua sexualidade (Entrevistado 4).

O vivido guardado no corpo compreendido como “memória que conta, faz e retrata história” (LABRONICI, 2002, p.20) pode revelar mediante a relação de intercorporeidade traços da multidimensionalidade do outro, motivo pelo qual o estar-com-o-outro verdadeiramente, ou seja, o ser presença que nutre, aconchega, cuida (POLAK, 1996) é imprescindível para as vítimas de violência sexual que necessitam do cuidado e do acolhimento nesse momento de fragilidade existencial. Elas geralmente não esperam dos profissionais da saúde somente soluções para seus problemas, mas também buscam receptividade e acolhimento (HIRCHZON & DITOLVO, 2004).

O primeiro contato do profissional com a vítima de violência sexual ocorre, na maioria dos casos, quando ela está sob o efeito de determinada tensão ou crise aguda. Por conseguinte, é provável que suas ansiedades se intensifiquem e pareça estar perturbado ou mais na defensiva do que em outros momentos. Assim, para que se sintam acolhidas, cuidadas, é necessário que os atores que compõem esse cenário onde ocorre o atendimento e tratamento adotem postura de escuta atenciosa, abertura, de flexibilidade, sem pré-julgamento. Nesse sentido, o profissional enquanto corporeidade deve demonstrar aceitação, compaixão, confiança, empatia e segurança. Caso isso não ocorra, ele pode facilmente reproduzir uma situação de violência com o seu cliente (BOGGIO, 1999).

É importante destacar que o Programa Mulher de Verdade desenvolvido pela Secretaria Municipal de Curitiba, em 2002, apesar de enfatizar que os profissionais de saúde devem atender as vítimas de violência sexual dentro dos princípios de um acolhimento solidário, no qual a equipe deve viabilizar uma atenção oportuna, eficaz, segura, ética, com solidariedade e respeito (CURITIBA, 2004), não existe uma

fórmula para fazê-lo. Contudo, cada profissional parece ter sua própria compreensão sobre o que é acolhimento que pode ser constatado na seguinte fala:

Significa o acolhimento, sabe. O primordial é o acolhimento, mesmo que não fale nada, mas dê aquele olhar ou o toque ou a escuta. Tem coisinhas que a gente acha banal, mas pro paciente não é banal (Entrevistado 3).

A fala mostra que o corpo pode se expressar não apenas pelo som da voz do outro, mas também pelo silêncio, pelo olhar (LABRONICI, 2002) entre corporeidades que estão vendo e sendo vistas, sentindo e sendo sentidas, porque ambos são objeto sensível, são corpos próprios e consciência encarnada (MERLEAU-PONTY, 1999). São corpos que estabelecem relação intercorporeidades porquanto estão em um mundo de relações, no qual somos tocados, afetados pelos eventos, pela história vivenciada pelo outro e trazida à superfície durante o atendimento pelos profissionais de saúde.

Aos meus olhos o acolhimento é um conceito que, da forma como foi explicitado no protocolo de atendimento de vítimas de violência sexual do Programa Mulher de Verdade, não contempla a captação do outro em sua multidimensionalidade, a postura de abertura e flexibilidade, o perceber e deixar-se perceber para que se possa iniciar um processo de descobertas, de construção, reconstrução ou reconstituição do conhecimento (POLAK, 1996) e criar um vínculo entre o cliente e o profissional de saúde, para que a relação deixe de ser eu-tu e passe a ser “nós”, se constituindo como relação verdadeira e de transcendência (LABRONICI, 1998).

O vínculo é necessário para que o processo terapêutico se concretize, e o acolhimento é um componente essencial, uma vez que propicia um ambiente favorável para enfrentar as adversidades (MERHY, 1997). Durante o atendimento é criado um espaço de *intimidade*, intimidade não no sentido de contato com o conhecido, familiar, mas um espaço singular de abertura protegida pelo vínculo, no qual podemos deixar vir o desconhecido em nós, o estranho, o novo (SCARPATO, 2001).

Observa-se na fala do profissional, momentos de sensibilização com as necessidades da vítima de violência sexual, acolhendo-a e buscando a criação de um vínculo como forma de diminuição do seu sofrimento:

A gente tenta atender da melhor forma possível, porque é uma coisa que pode acontecer com qualquer um de nós. É constrangedor. A pessoa vem muito angustiada, tem todos os medicamentos pra tomar. Então tem que ter um acompanhamento melhor. Você tem que tá ali para o paciente, tem que tá junto! (Entrevistado 6).

O vínculo terapêutico, para Rudio (1999), tem uma feição contratual, gerada quando o cliente procura o profissional (ou vice e versa), e que se torna efetiva quando cada um promete ao outro – pelo menos implicitamente – desempenhar os respectivos papéis. O desempenho desses papéis se realiza nos instantes de interação nas situações de encontro/interação que, segundo Labronici (1998, p. 32),

É relação existencial que faz parte do mundo humano, que se efetiva mediante o processo quiasmático, que não é somente a troca do eu com o outro, mas também troca de mim e do mundo, do corpo fenomenal e do corpo "objetivo", do que percebe e é percebido. Dessa forma, o encontro entre o corpo cuidador e o corpo cuidado reitera a ambigüidade do corpo visto-vidente, tocado-tocante e por isso "senti-sentant".

As situações de encontro/interação são momentos intencionais, únicos e exigem diálogo. Na perspectiva de Merleau-Ponty (1999), a experiência do diálogo funda-se num terreno comum de significações entre os sujeitos falantes. Na fala, gesto particular de meu corpo, tanto o outro toca as significações que habitam meu corpo do mesmo modo que toco as dele, permeando um ao outro. Isso pode ser percebido na seguinte fala:

A gente precisa tá muito consciente pra atender aquela pessoa que tá na tua frente, contando a história dela. Tem que tá ali pra ela, para ouvir as angústias dela e tem que orientar pros medicamentos. Tem que fazer todo um trabalho (Entrevistado 9).

Em um diálogo compreensivo, coloca-se a personalidade do paciente como valor mais importante do que a saúde, a doença e o tratamento, ou seja, é necessário contar com um espaço de expressão para as angústias e questões da clientela, que não se resuma à aproximação biomédica estrita, ou à busca de patologias. Isso não significa, obviamente, abandonar a vocação específica dos

serviços, mas sim, em nome de sua melhor eficácia técnica, escutar o cliente e considerar toda a sua multidimensionalidade (RÚDIO, 1999). Ouvir a vítima de violência sexual é bastante complexo, significa estar consciente da existência do seu problema, e poder perguntar sobre ele no momento apropriado e sem constrangimentos.

Destarte, a competência profissional está no entrelaçamento do conhecimento técnico, científico, ético e estético, ou seja, aquele cuja sensibilidade permite compreender o cliente, o seu modo de vivenciar a violência sofrida, possibilitando ultrapassar sua superficialidade para penetrar no seu mundo privado, e ajudá-lo a transcender esse vivido que deixou marcas visíveis e invisíveis no seu corpo e que podem ser captadas pela percepção.

A percepção permeia todas as etapas do diálogo e é o ponto inicial do processo de cuidar, pois permite ver o invisível no visível, correlacionar o olhar que escuta ao olhar que fala; é o movimento de equilíbrio entre a palavra e o mundo que se mostra, pois, a partir do que se percebe no outro, poderá iniciar o tratamento, tendo em vista que se deve perceber não apenas as palavras, mas as lacunas existentes entre elas, atentar para o não dito, tanto quanto para o que foi verbalizado (POLAK, 1996). Isso pode ser percebido nos fragmentos dos discursos:

Eu olho assim: é alguém que tem uma casa, que tem que pagar aluguel, que tem filho na escola, que tem que fazer o almoço e que tem que tomar o remédio. Que horas vai tomar o remédio? Eu me preocupo com isso (Entrevistado 2).

Algo básico no momento do atendimento é a escuta. Ou essa mulher quer falar ou ela não quer falar, ou seja, a escuta do que ela quer falar ou a escuta do silêncio dela (Entrevistado 5).

Você tem que usar o bom senso, porque tem mulheres que estão ali e não adianta você falar. Então a gente tem que trabalhar diversas questões com a mulher naquele momento, por isso temos que estar para ela naquele momento (Entrevistado 8).

Nas falas dos profissionais de saúde percebe-se que a violência sofrida pela vítima não é tratada como se fosse algo isolado, mas como parte dela, e que repercute profundamente na sua maneira de pensar, sentir e querer, demonstrando

a importância do olhar sensível por parte do profissional que vai além daquilo que de fato ele vê, percebe, e o cliente relata no momento do atendimento.

A postura de abertura e flexibilidade, o olhar sensível possibilita a aproximação e interação com o outro, desencadeia todo o processo de percepção e descobertas e afeta-o, porquanto,

Existe ali um ser a dois e agora outrem não é mais para mim um simples comportamento em meu campo transcendental, aliás nem eu no seu, nós somos, um para o outro, colaboradores em uma reciprocidade perfeita, nossas perspectivas escorregam uma na outra, nós coexistimos através de um mesmo mundo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 474-475).

O vivido do outro afeta meu corpo próprio como experiência vivencial, propicia o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas do cuidar porque permite ao corpo cuidador (o profissional) a expansão de suas potencialidades mediante um exercício contínuo de deixar de ser um “em si” para se transformar em um “nós”, estabelecendo relação de intercorporeidade, na qual o corpo cuidado (o cliente) se torna sujeito do processo de cuidar (LABRONICI, 1998). E isso foi expresso na seguinte fala:

Bom, o ser humano e o profissional são a mesma coisa, e todas as coisas que você vivencia, enquanto ser humano e profissional, mexem com você (Entrevistado 5).

Assim, a consciência perceptiva é o que reenvia à posição de um mundo e de um sistema da experiência, no qual meu corpo e os fenômenos estejam rigorosamente ligados, porque ele é sempre um agente perceptivo, nunca simplesmente objeto, mas objeto sensível e o mundo uma unidade aberta em que estou situado (MERLEAU-PONTY, 1999).

Sinto meu corpo como potência de algumas condutas e de certo mundo, sou dado a mim mesmo com um certo poder sobre o mundo; ora, é justamente meu corpo que percebe o corpo de outro, e ele encontra ali como que um prolongamento miraculoso de suas próprias intenções, uma maneira familiar de tratar o mundo; doravante, como as partes de meu corpo em conjunto formam um sistema, o corpo de outrem e o meu são um único, o verso e o reverso de um único fenômeno, e a existência anônima, da qual o meu corpo é a cada momento o rastro, habita esses dois corpos ao mesmo tempo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 474).

O corpo é, antes de tudo, um sistema, onde os diferentes aspectos interoceptivos e exteroceptivos se exprimem reciprocamente, e que comporta, ainda, relações com o espaço. A consciência que tenho do meu corpo não é uma consciência de um bloco isolado, é um esquema postural, é a percepção da posição do meu corpo em relação à vertical, à horizontal e a inter-relação que se coordena no meio em que estou inserido (SIQUEIRA, 2002).

O homem pode encontrar diversas formas de responder à entrada de informação ou ter a mesma resposta perante diferentes informações. Os elementos estão ligados entre si, razão pela qual é impossível perceber um elemento sem perceber as relações que ele tem com os outros.

A relação é a principal fonte de informação e troca entre corporeidades e permite estabelecer limites entre o interior e o exterior. No caso dos profissionais de saúde entrevistados, esses limites podem ser compreendidos entre até que ponto está agindo com profissionalismo ou está se deixando envolver pela situação do cliente, como expresso nas falas abaixo:

Atender essas mulheres mexe muito. Até onde que eu consigo ir, até onde eu tô sendo profissional em atender, até onde, até onde eu tô deixando o profissional de lado e vou me indignar com essa mulher (Entrevistado 4).

O lado psicológico vai a mil [...] a gente se envolve muito, mas eu acho que a gente tem que aprender a separar (Entrevistado 12).

As falas mostram que, enquanto profissionais de saúde desenvolvem relações afetivas com aqueles a quem cuidam, as mediações impostas pela profissionalização do cuidado, vínculos do trabalho, tarefas, regras, alimentam as tensões e ambigüidades relativas à tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda aos clientes, exacerbando a ansiedade ou estimulando-os à racionalização por meio do distanciamento emocional, do endurecimento (COSTA & LIMA, 2005).

É importante destacar que da relação eu-outro emerge uma subjetividade na qual se distingue no sujeito uma corporeidade pactuada com o mundo. O corpo, portanto, é quem vai unir consciência e mundo, atando o sujeito de uma vez por

todas a ele. Nesse momento, deixa de fazer sentido a idéia de um profissional da área de saúde que, imbuído de conhecimento técnico, científico, ético e estético, intervém num sistema estando dele separado, e isso pode ser percebido nos fragmentos dos discursos:

A situação mexe com o profissional, mexe com a nossa cultura, mexe com os nossos valores, com a nossa expectativa, é uma mulher, [...] mexe com tudo (Entrevistado 11).

Porque é uma coisa que realmente mexe com tudo [...]. Assim as orientações a gente sabe que tem que fazer, tem todos os procedimentos, a nossa metodologia, tudo.. só que é uma mulher vítima de violência sexual e isso mexe muito (Entrevistado 7).

[...] é uma coisa assim que me incomoda, que mexe comigo (Entrevistado 1).

Os fragmentos dos discursos apontam para um vivido que emergiu durante os atendimentos mediante a história sofrida e armazenada no corpo do outro e afeta, de alguma maneira, os profissionais de saúde, pois o mundo é uma possibilidade de intermédio entre mim e o outro. Uma co-relação na qual modificamos e somos também modificados. Nesse caso, quando participantes de um mesmo campo, o gesto de um é algo de que o outro participa (MERLEAU-PONTY, 1999). Nesse contexto, todas as atitudes do profissional repercutem sobre o cliente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico que despertarão vivências no cliente e, conseqüentemente, no profissional (MARTINS, 1997).

A interação direta que existe entre profissional e cliente se realiza nos níveis intelectuais, afetivos, conscientes e inconscientes. Nessa interação podemos identificar os mecanismos de transferência e contratransferência que são conceitos provenientes da ciência psicanalítica e nela encontram sua maior aplicação e que ajudou na compreensão sobre o vivido pelos profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual, pois entendo que, apesar de serem conceitos utilizados pelos psicanalistas, é possível sua apreensão, porque se referem aos vínculos emocionais que são distorcidos pela necessidade do cliente de que o terapeuta seja o que ele deseja ou vice-versa (KELEMAN, 1986).

Diante dessas questões, pode-se supor que o corpo do outro executa diante de mim gestos, emite palavras, transmite um conjunto de sinais, de expressões

fisionômicas que se me apresenta como ocasião para uma espécie de deciframento. Assim, eu projeto no outro, de quem eu vejo os gestos e as atitudes, o que sinto do meu próprio corpo, quer se trate de uma associação de idéias, quer se trate de um julgamento pelo qual interpreto o que percebo, transfiro ao outro a experiência que possuo do meu próprio corpo (SIQUEIRA, 2002).

É importante destacar que é por meio da transferência que o profissional pode auxiliar o cliente, pois recriam-se situações capazes de organizar muitos níveis de experiências, vínculos e diferenciações. Contudo, também existe a contratransferência que é entendida como a projeção e a distorção do vínculo que parte do profissional para o cliente (BOADELLA, 1985). Existe “a transferência de minhas intenções para o corpo do outro, e as intenções do outro para meu corpo” (MERLEAU-PONTY citado por SIQUEIRA, 2002). Esses mecanismos não podem ser ignorados e sua compreensão influencia em todo o processo terapêutico. É necessário que o profissional perceba a si mesmo para poder perceber o cliente.

Os clientes que foram vítimas de violência sexual podem evocar emoções muito fortes no vínculo transferencial. O corpo do cliente expressa muitos sinais a esse respeito, pois eles carregam e convivem com as marcas invisíveis deixadas nele pela violência, e foram literalmente empurrados a situações e sentimentos com os quais têm que lidar no cotidiano. Seus próprios limites corporais foram atacados, desrespeitados e isso gera neles insegurança (BOGGIO, 1999). Para o autor, esses sentimentos transferenciais podem despertar, por sua vez, fortes sentimentos contratransferenciais. Por exemplo, emoções negativas que podem ir desde uma simples chateação até impulsos sádicos por parte do profissional. Nesses momentos, os profissionais de saúde têm que prestar muita atenção ao que está se passando com o próprio corpo e elaborar as emoções em seu processo terapêutico.

A contratransferência se manifesta quando é possível identificar que parte do *self* do cliente ou de suas fantasias ou até de suas vivências está se inter-relacionando com o *self* do profissional e nele provoca uma reação, idéia ou comportamento (EIZIRIK *et al.*, 2006). Isso pode ser observado nas falas:

Eu não sirvo pra ver criança passando por essa situação [...] eu iria atender, com certeza, mas ao mesmo tempo eu iria querer fazer muito mais por ela, mas por questão de justiça. Mas como a criança é mais indefesa, eu fico mais mexida e quero fazer algo mas é complicado (Entrevistado 2).

Às vezes você tem vontade de pegar aquela mulher no colo e chorar junto com ela. Como ela relata, a forma que ela relata, a família acompanhando (Entrevistado 5).

Algumas vezes dá vontade de chorar junto sabe, é difícil você se manter com os relatos. Você tem vontade de chorar, de gritar (Entrevistado 4).

São pacientes que me dão mais peninha assim. Quando chegam essas senhoras de idade e com uma vida assim já sofrida, isso assim me entristece, me deixa mais triste, mais comovida, mais sentimental (Entrevistado 9).

As falas demonstram que os profissionais, de alguma forma, parecem ter algum envolvimento com a história das vítimas, sejam elas mulheres, idosos ou crianças. Percebe-se que a experiência da dor do cliente permite ao profissional compreender sua realidade de forma profunda e intensa, o que, além do efeito benéfico no estabelecimento da relação terapêutica pode também gerar respostas contratransferenciais poderosas e complicadas, comuns durante o atendimento de tais clientes (PEARLMAN & SAAKVITNE, 1995).

Sabe-se que muitos profissionais ficam tristes, deprimidos, desesperançados, desiludidos, irritados e intolerantes durante tais atendimentos. Os sintomas podem ser temporários e leves, ou se tornarem graves e, na medida em que continuam a ter contato com as vítimas de violência sexual durante meses ou anos, pode ocorrer um fenômeno importante que é a chamada traumatização vicária, descrita como a experiência de reações psicológicas perturbadoras, dolorosas e prejudiciais, que surgem em profissionais que atendem pacientes gravemente traumatizados, como, por exemplo, as vítimas de violência sexual. Mas a traumatização vicária vai além dos efeitos psicológicos da empatia, e é percebida como um processo que pode trazer consequências graves aos profissionais (BLAIR & RAMONES, 1996). Observa-se nas falas que os profissionais sentem os efeitos dos atendimentos:

A gente é muito sugada. As pacientes chegam aqui num estado bem assim de calamidade as coitadas (Entrevistado 10).

[...] mas tem dias que a gente fica meio... meio não, MUITO baixo astral... assim, a gente se pergunta se essas pessoas podem ser chamadas de seres humanos. Parecem mais animais do que humanos [...]. Acho que isso gera uma ansiedade em trabalhar com violência sexual (Entrevistado 2).

Para Blair e Ramones (1996), à medida que as vítimas vão descrevendo os detalhes de seu trauma, estados paralelos de medo, desesperança e desgosto podem ser evocados nos profissionais e isso pode ser percebido nos seguintes fragmentos de discursos:

Tem dias que tem tanta história de terror que você fica: poxa vida que mundo cão que a gente vive! (Entrevistado 2).

Ah, eu saio daqui e tenho medo, muito medo. Já tive várias situações assim de eu tá sozinha, tá tarde e eu ir embora e ficar com medo que acontecesse alguma coisa comigo [...] porque você acaba ficando impressionada, não tem como, você acaba ficando com muito medo (Entrevistado 7).

Eu acho que o medo pra mim, ele fica muito mais evidente, ele me incomoda muito logo quando eu atendo, depois ele passa mais. A gente tem que tomar cuidado pra não ficar neurótica [...]. Esse medo fica maior depois que atende, depois passa [...]. Porque a violência não tem hora, não tem lugar, não tem classe social, não tem cor, não tem regras básicas pra violência não (Entrevistado 1).

Então tenho um olhar assim, às vezes eu to andando na rua e olho as pessoas como possíveis agressores, eu tenho medo de deixar as minhas filhas andarem sozinhas na rua, medo delas serem vítimas de violência, assim porque eu percebi que a violência tá todo dia, toda hora, independente do bairro, do nível social, da idade, da roupa. Então eu fiquei mais preocupada com a violência no sentido pessoal mesmo, com medo de ser vítima no dia-a-dia, né, tá num ponto de ônibus e ser abordada e agredida, então fiquei mais nervosa, nesse sentido (Entrevistado 3).

Dessa forma, os profissionais ficam vulneráveis a pensamentos intrusivos em resposta aos relatos, ou incapazes de controlar sua raiva contra os agressores, se tornando hipercríticos contra o sistema, o qual permite que prossigam tais abusos e vitimizações (BLAIR & RAMONES, 1996). Os fragmentos abaixo podem expressar essa situação:

Isso que me deixa indignada e entristecida, não só a violência sexual, mas a doméstica também, porque a mulher tem que ter noção que ela tem direito sobre o próprio corpo e não é porque casou com o cara que ela tem que aceitar fazer sexo com ele toda hora que ele quer e sentir vontade, porque ela também tem suas vontades (Entrevistado 1).

Eu fico brava, fico revoltada, xingo [...] (Entrevistado 10).

Trabalhar com violência (sexual) é ficar muito perto da realidade triste da vida. Então isso deixa você muito revoltado (Entrevistado 6).

Você pensar que existem pais que vendem as filhas pra homens que se propõe a fazer sexo com criança [...] ah da vontade de matar. Assim, esse tipo de coisa deixa a gente [...], esse pai que presenciou a filha ser violentada, dá vontade de dar tiro pra tudo que é canto e matar esses agressores (Entrevistado 2).

Percebe-se nas fala que o contato com vítimas que passaram por um trauma como a violência sexual comumente gera sentimentos contratransferenciais intensos em quem os atende, não só por estarem frente a pessoas em grande sofrimento psíquico, como também pelo fato de as situações traumáticas deixarem evidentes a fragilidade e as limitações dos profissionais como pessoas comuns (EIZIRIK *et al.*, 2006), visto que estão inseridos em um sistema que tem regras e limitações operacionais, administrativas e tecnológicas (INOJOSA, 2005), o que me levou à próxima categoria:

5.2. SENTIR-SE IMPOTENTE: UM SENTIMENTO EXPRESSO POR CORPOREIDADES CUIDADORAS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual muitas vezes lidam com sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde, porque de alguma maneira todos precisam se expor. Essa exposição supõe mostrar os pontos fortes, as vulnerabilidades e as limitações dos mesmos (SILVEIRA, 2003) e pode ser constatada nos seguintes fragmentos dos discursos:

Eu acho que a limitação é justamente essa de eu vou sentar com você e vou chorar junto sabe, é difícil você se manter com os relatos. Você tem vontade de chorar, de gritar. Você conhece suas limitações atendendo. Atender essas mulheres mexe muito com suas limitações sabe. Até onde que eu consigo ir, até onde eu tô sendo profissional em atender, até onde, até onde eu tô deixando o profissional de lado e vou me indignar com essa mulher, ou vou chorar com essa mulher. Então é isso que eu falo em mexer com as limitações (Entrevistado 7).

Eu acho assim, que era bom que fosse feito um trabalho com a gente, porque a gente precisa expor as limitações, sabe, e por mais que tu tenhas essas limitações, alguém tem que fazer (Entrevistado 5).

Mas hoje eu pondero mais as coisas, antigamente eu era mais explosiva. Hoje eu pondero mais [...], porque eu tenho limites, além desse limite eu não tenho condições de resolver as coisas (Entrevistado 3).

Eu acho que isso é uma sensação de impotência, porque você faz a sua parte aqui e não adianta, porque tem o depois [...] depois que acontece você vai fazer o quê? É além do nosso limite. A gente tem que ver o antes, o durante e o depois, porque dá a sensação que nosso trabalho é perdido (Entrevistado 9).

O grande risco aqui é tratar a violência como uma doença ou como um risco em saúde, e deduzirmos imediatamente daí um conjunto de procedimentos e ações que a mulher deve seguir para poder “curar-se” do problema.

A violência é um problema complexo com sérias conseqüências, pois afeta a multidimensionalidade da pessoa. A pressa dos profissionais de saúde em tratar a vítima pode produzir um resultado oposto ao esperado, uma outra violência, já que pode desrespeitar a trajetória dessa vítima, e acabará por frustrá-los. Assim se sentirão pouco “resolutivos” em sanar o problema (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 1999). Essa pouca resolutividade é sentida pelos profissionais, como expressos nas falas:

Tem vários outros tipos de violência como a violência crônica, [...] cometida pelo parceiro, pelo companheiro ou pelo marido, já é um perfil que eu acho que a minha interferência, a minha participação é menor, porque envolve outras coisas do contexto familiar, social da paciente que a gente acaba não conseguindo dar tanta resolutividade (Entrevistado 2).

Os pacientes que sofrem violência crônica sabe, porque eu sinto que eles vêm aqui mais empurrados, mas assim eu sinto que não vai ser uma coisa que vai resolver de imediato, porque aquilo é uma bola de neve, sabe. Mas assim, são coisas que fogem do meu limite. E aí eu vejo que não tem resolutividade. E é isso que o povo anseia, fica angustiado, inclusive eu (Entrevistado 3).

A sensação de não resolutividade pode levar a um sentimento de impotência que, muitas vezes, se instala no cenário do trabalho e pode ocorrer quando o profissional confunde os seus objetivos e limitações com os do outro que pede ajuda (BORGES, 1991). Esse sentimento esteve constantemente presente nos discursos dos profissionais entrevistados que se desvelou como sendo um dos sentimentos que os afetam enquanto profissional:

Eu acho que o sentimento de impotência muitas vezes faz você ficar angustiada, que você olha pra pessoa e pensa “eu vou fazer o quê?” Muitas vezes eu me sinto impotente no atendimento, Muitas vezes eu tenho vontade de fazer alguma coisa, muitas vezes essa mulher vem e fala que o agressor continua lá na casa dela e diz que ele vai continuar ameaçando e eu não posso fazer nada a partir daí. Então esse sentimento assim pra mim é o que mais me incomoda, são minhas limitações. Então existem essas coisas que me incomodam, a impotência e também o fato daquela mulher estar ali, representar a violência (Entrevistado 7).

A pessoa é vítima crônica, ela se percebe vítima crônica, mas assim a situação dela é complicada. Então, às vezes é uma mulher casada, que não tem profissão, que depende do marido, que tem 3 filhos pequenos e que se ela separar do marido, ela não tem como criar as crianças, às vezes ela acaba acreditando que o marido vá mudar, que vai deixar de ser violento. É uma situação que eu me sinto um pouco impotente (Entrevistado 5).

O sentimento de impotência também aparece, muitas vezes, quando o profissional está assistindo clinicamente a criança ou o adolescente e são obrigados a dar-lhes alta e entregá-los de volta aos responsáveis, e assim, esses profissionais têm que ignorar o que futuro trará para esses clientes.

Os profissionais ficam marcados por essas experiências, lembram-se de cada uma delas com detalhes, mesmo quando aconteceram no passado distante. Apesar de não explicitarem, sentem-se causadores de um mal, co-responsáveis por não poderem agir fora do âmbito de seu ofício, mesmo porque, quando o fazem, em nada resulta (LESCHER *et al.*, 2004). Nesses casos, a impotência provoca uma tensão perceptível nos entrevistados, acompanhada de angústia e tristeza, conforme explicito nas seguintes falas:

Teve um caso que deu vontade de adotar duas meninas que sofriam violência por parte dos pais, até porque são da idade das minhas filhas, mas a gente tem que trabalhar isso também. Eu fiquei arrasada, eu fiquei doente e aí vem aquele sentimento de impotência (Entrevistado 11).

O mais difícil eu vejo é a criança e a violência crônica. Mas pela questão da desproteção, porque a criança não tem a experiência nem a condição de sair daquela situação, inclusive a gente consegue enxergar a imposição social dos valores que fica ali muito forte. Eu me sinto impotente (Entrevistado 2).

O sentimento de impotência ora diante da “inutilidade” ora da violência ou da incapacidade de tirar toda a dor do paciente naquele determinado momento do atendimento parece ser resquício de nossa formação biomédica. Essa formação faz com que o profissional valorize resultados práticos e em curto prazo, e quando isso não ocorre, gera uma falsa sensação de que não se está fazendo muito pelo cliente e que pôde ser constatado na fala:

Muitas vezes vem aquele sentimento de impotência, de você não poder fazer nada, sabe! Eu não posso te dar uma aspirina pra passar a dor, não existe um remédio que você dê e possa dizer que vai passar. Você não pode colocar um sorinho, dar uma picadinha que vai passar. É diferente da picadinha, não passa, não vai passar. É um mistério da vida. É como a dor

da perda, dor da morte, dor de paixões. Só que eu acho que é uma dor pior (Entrevistado 8)

Na maioria das vezes, a frustração enfrentada, pela evasão, pelo abandono de tratamento, pela não-mudança de situações, dá-se pelo fato de os profissionais de saúde fazerem discursos que são auto-referentes na maioria das vezes (BORGES, 1991) diante dos quais polarizam entre o sentimento de impotência ou de completa responsabilização – o que nem sempre implica a inclusão dos próprios usuários na busca de soluções (OLIVEIRA *et al.*, 2005) e isso pode ser constatado na fala abaixo:

Parece que vai aumentando a situação e você fica se perguntando o que você vai fazer primeiro? Eu me sinto assim, impotente. O que eu posso fazer por essa pessoa? O duro é que não fica internada [...] só se precisar, se fizer algum procedimento, mas se não, atende e vai embora. Tanto é que você atende aquela paciente e depois ela vai embora e você nunca mais sabe dela (Entrevistado 10).

Os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual acabam compartilhando uma experiência que gera o sentimento de impotência, o que leva a subestimarem suas próprias capacidades e conhecimentos, e não perceber os recursos e possibilidades dos clientes. É importante que as vítimas de violência sexual possam compartilhar suas vivências com os profissionais, pois essa é uma possibilidade, uma pré-condição para a restituição de um mundo com significado. A partir disso, fica evidente a necessidade de a equipe de saúde poder entrar em contato com o sofrimento e a realidade desses clientes, ajudando-os a reconstruir um mundo interno mais confiável e menos ameaçador (CROTHERS, 1995). Dessa forma, acredito que seja importante perceber esse profissional, pois o convívio desgastante e pouco prazeroso com o ambiente laboral propicia a instalação da Síndrome de *Burnout*, termo esse, relativamente novo, usado para definir o desgaste e o sofrimento do profissional com as atividades de trabalho.

A síndrome aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos em sofrimento, já que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho (COSTA & LIMA, 2005). Ela acomete os trabalhadores que durante seu exercício profissional apresentam envolvimento emocional e afetivo com seres humanos em sofrimento, como os

profissionais da área da saúde que atendem vítimas de violência sexual, e é uma forma de adaptação, mesmo que inadequada, para enfrentar as dificuldades sentidas (BENEVIDES-PEREIRA & ALVES, 2003). Para as autoras, o *Burnout* seria resultado da perda de energia pela pretensão persistente de um conjunto de expectativas inalcançáveis, baixa auto-estima, fadiga emocional, física e mental, sentimento de impotência e inutilidade.

Nesse contexto, gostaria de chamar a atenção para o fato de que atender vítimas de violência sexual pode levar o profissional a desenvolver a síndrome, contudo, sem afirmar que os entrevistados estão em *burnout*, mas fazendo um alerta, pois o sentimento de impotência que emergiu nas falas dos profissionais é um dos aspectos que caracterizam tal síndrome.

De acordo com Silva (2000), uma das formas de prevenir a síndrome de *burnout* se refere à formação e capacitação profissional, visto que se pode buscar sempre na competência profissional estratégias para o enfrentamento de situações adversas que afetam o profissional em sua multidimensionalidade.

Em relação à formação e capacitação dos profissionais entrevistados, percebe-se que não tiveram o preparo acadêmico nem treinamento que permitisse lidar de forma adequada com a vítima de violência sexual, tornando-os vulneráveis a este tipo de situação, conforme podemos constatar:

Nós não tivemos um treinamento específico fora, não teve esse treinamento. Vê essa questão de como é que é ver esse relacionamento com a vítima, como você acolhe, como é a questão do inconsciente, do coletivo, nada disso. A gente discutiu muito entre nós mesmos (Entrevistado 1)

Não deram nenhum treinamento, para trabalhar com violência especificamente. Toda a formação nossa é muito técnica. Raramente você tem algum treinamento para trabalhar com a emoção, com a dor, com o sofrimento, com a morte, com a doença. Eu tive treinamento disso porque trabalhei com a questão da AIDS. Também tive pessoas que passaram pela minha vida que me ajudaram muito. Eu acho que essa bagagem que eu tive com a questão da AIDS é o que me dá embasamento para trabalhar com a questão da violência (Entrevistado 2).

Eu trabalhava com aleitamento, fiz um curso de aconselhamento em amamentação e tem muito disso sabe, a forma de você sentar, de se expressar pra acolher o paciente e para mim isso foi bom, porque levei uma

bagagem de conhecimento desse aconselhamento de amamentação e eu pude utilizar nesse acolhimento de vítimas de violência (Entrevistado 3).

A gente faz reuniões seguidas, A gente foi na prefeitura ter uma reunião, mostrando como seria feito, como que preenche a ficha, como chama o IML. Então não teve um treinamento, teve uma reunião, uma discussão de como seria, como a gente sempre faz. (Entrevistado 7)

Nas falas, percebe-se que os profissionais suprem a ausência de preparo acadêmico e de capacitações valendo-se de experiências em outros serviços e compartilhando os casos com os colegas de trabalho. Eles não tiveram embasamento teórico nem vivências durante a faculdade acerca da violência sexual. Também chamo atenção para o fato de que alguns profissionais relataram que não foi uma escolha livre trabalhar com vítimas de violência sexual, mas sim por determinação do serviço. Contudo, houve uma adesão voluntária para as oportunidades oferecidas e isso foi expresso nos fragmentos dos discursos abaixo:

[...] foi lançado o convite dentro do serviço de infectologia pra quem gostaria de estar atendendo o retorno dos pacientes vítimas de violência e aí eu aceitei o desafio (Entrevistado 4)

Disseram que eu tinha que atender, simplesmente caiu de pára-quedas. Tanto é que quando eu entrei, ninguém me falou que eu tinha que fazer isso e como é que se faz[...] (Entrevistado 3).

O atendimento caiu de pára-quedas. Eu fui convocada e como eu sou funcionária do hospital eu tenho que atender as solicitações, claro e enfrentar os desafios (Entrevistado 7).

Ficou instituído que o primeiro atendimento deveria ser feito pela enfermeira do turno, a enfermeira responsável pelo setor ou pelo andar e que nós teríamos o primeiro contato com essa paciente, com essa vítima, nós viríamos atendê-la (Entrevistado 12).

Quando eu comecei aqui no [...] eu não tinha idéia que eu vinha pra maternidade, daí quando foi definido que eu vinha para maternidade, eu tive um contato maior com o programa e aí já comecei a atender (Entrevistado 1)

Simplesmente de você chegar pra trabalhar no desconhecido (Entrevistado 5).

Ao chegar para “trabalhar no desconhecido” e sem “treinamento” os profissionais não são preparados e instrumentalizados para lidar com os sentimentos de impotência, raiva e ansiedade entre outros. Trabalhar esses sentimentos, bem como a questão da contratransferência beneficiará e facilitará seu trabalho. É necessário entrar em contato com seus próprios preconceitos, valores morais e sentimentos em relação às vítimas de violência sexual, trazendo estas

questões para o "consciente", a fim de que possam ser melhor elaboradas e evitar que interfiram de maneira negativa no atendimento e na sua vida profissional.

Na medida em que as reações contratransferenciais são regidas pelas leis do inconsciente, não podemos descuidá-las, nem negá-las. Tudo que um paciente traz é pertinente e apropriado, ele nunca pode ser culpado por ativar os "temas" do profissional ou "movê-lo" emocionalmente (RACKER, 1966).

É necessário prestarmos atenção constante em nosso corpo para que possamos perceber seus sinais, nos reconhecemos e nos compreendemos melhor para que possamos também perceber o outro corpo que necessita de cuidado, de atendimento. Captar o outro na sua multidimensionalidade significa a possibilidade de ajudá-lo na reconstituição de sua auto-imagem, auto-estima, na transcendência do seu aqui e agora que emergiu de um passado no qual a violência sexual deixou cicatrizes visíveis e invisíveis em seu corpo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da trajetória por mim percorrida pude compreender e constatar que não há nada que possa acontecer fora do nosso corpo porque ele é o concreto da nossa existência e lugar onde todas as nossas experiências e vivências são armazenadas durante a nossa trajetória existencial nas dimensões pessoal, social e profissional.

Percebi que o corpo, ao guardar as histórias que construímos e que são prenes de significados, possibilita desvelar uma multiplicidade de fenômenos existenciais que nele habitam, e estão à espera de alguém para fazê-lo, assim como fiz ao buscar o significado da vivência de cuidar de vítimas de violência sexual para os profissionais de saúde.

Constatei que os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual estabelecem uma relação intencional em busca do desvelamento de uma essência que aparece no momento do atendimento. Essa relação intencional envolve um momento aquém da reflexão que se dá no nível da percepção. Quando percebo o outro dotado de intencionalidade, como ser-no-mundo, consigo captá-lo na sua totalidade, na sua multidimensionalidade como sujeito diferente de mim mesmo e participante do processo. Dessa forma, quando a vítima de violência sexual expressa seu vivido, comunica seu sofrimento, ela o partilha com o profissional, e, nesse caso, o sofrimento não é mais subjetivo, mas intersubjetivo, compartilhado entre corporeidades que se vêem, se percebem, se tocam. Então, os profissionais de saúde e as vítimas de violência sexual agem como corporeidades intencionais, uma vez que direcionam a intenção de cuidado ao exprimir o desejo incessante de abertura ao outro, com o fito de alcançá-lo. Por outro lado, a vítima de violência sexual busca no profissional o apoio para transcender o vivido, o aqui e agora que nada mais é do que reflexo do passado e que também é permeado pela intencionalidade, pois sua situação é apresentada para os profissionais que passam a conviver com as experiências vividas pelos corpos violentados sexualmente e se sentem tocados por elas.

A relação deixa de ser eu-tu para ser um “nós” propiciando a criação de um vínculo entre profissional/cliente para que o vivenciado pelas vítimas de violência sexual saia da profundidade e venha para a superfície. Isso acontece quando o profissional de saúde demonstra uma postura de escuta atenciosa, abertura e flexibilidade que possibilita estabelecer o “nós”, permeada pelos conhecimentos técnico-científico, ético e estético a fim de que se possa construir uma relação que propicia a transcendência desse vivido.

O profissional de saúde é colocado muitas vezes frente a problemáticas de ordem social às quais não é preparado para enfrentar, já que do atendimento emergem emoções, sentimentos e sofrimento também por parte deles. Os depoimentos ou relatos que as vítimas de violência sexual trazem durante o atendimento são densos e os colocam em uma posição delicada, frágil, diante da impossibilidade de resolver o problema porque extrapola seus limites de competência, o que pode gerar nesse profissional um sentimento de impotência. Este é um dos elementos que podem levar à síndrome de *burnout*, reconhecida como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos e que pode ser prevenida.

Penso que os profissionais de saúde merecem também uma atenção humanizada por parte da instituição que deve, segundo Ramalho e Nogueira-Martins (2007) estabelecer canais de identificação das necessidades e expectativas do profissional de saúde, bem como canais de retorno dessa avaliação; ofertar cursos de capacitação permanente para os profissionais de saúde com foco na humanização do serviço; oferecer sistema de apoio psicológico e social; formar grupos transdisciplinares para discussão de casos clínicos com foco no trabalho de humanização e/ou discussão de situações de conflito. É preciso que a instituição construa e garanta um cotidiano acolhedor e seguro também para os profissionais de saúde, visto que cuidam do outro, mas nem sempre se cuidam adequadamente. O cuidar dos profissionais está relacionado à criação de condições emocionais para ajudá-los a lidar com seus problemas. Dessa forma, o sofrimento psíquico inerente à atividade deles pode ser transformado em desenvolvimento pessoal e construção de conhecimentos se for cotidianamente compreendido e elaborado pelos seus protagonistas.

Por outro lado, também é interessante perceber que estes profissionais, apesar de relatarem sentimentos de tristeza, angústia, revolta e impotência e referirem que é um atendimento difícil de realizar, continuam a trabalhar com essa realidade. Acredito que isso se deva em parte ao desenvolvimento de resiliência que se caracteriza pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades (NORONHA, 2006). Entretanto, há a necessidade de instrumentalizá-los, pois não se pode responsabilizá-los e deixá-los para resolver problemas cuja solução, muitas vezes, extrapolam os muros das instituições de saúde.

O sentimento de impotência é alimentado continuamente no cotidiano desses profissionais, e é armazenado em seus corpos, assim como os depoimentos densos das vítimas que também os afeta, motivo pelo qual se faz necessário pensar em estratégias a serem implantadas nos serviços que propiciem e garantam também a saúde do trabalhador, uma vez que não receberam formação adequada para lidarem com as questões que envolvem o fenômeno da violência sexual.

Penso que há a necessidade de o tema em tela ser abordado nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde e humanas, a fim de capacitar os profissionais para o cuidado com vítimas de violência sexual, da implantação de capacitação permanente nas instituições de saúde, além da criação de grupos dirigidos por um profissional especializado para que os que cuidam dessas vítimas possam trabalhar não apenas o sentimento de impotência, mas as experiências e sofrimentos compartilhados que vão acumulando e podem afetá-los na sua multidimensionalidade.

Sabe-se da importância da perspectiva antropológica e psicológica no currículo para que os futuros profissionais possam trabalhar questões pessoais e amadurecer para vivenciarem situações como o atendimento de vítimas de violência sexual. Contudo, também é necessário oferecer disciplinas que abordem a violência não como padrões de informações ou receitas prontas, mas, sim, como um fenômeno complexo que possibilite compreender não só o sofrimento do outro, mas também o seu próprio, de modo a favorecer o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional e pessoal.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados não teve embasamento teórico nem vivência durante a faculdade acerca da violência sexual. É necessário que os cursos de graduação e pós-graduação promovam discussões sobre o tema que propiciem a reformulação dos currículos dos cursos da área de saúde para que sejam inseridos momentos de vivência e reflexão não só da violência sexual, mas da violência de uma forma geral, a fim de prepará-los para uma realidade na qual a violência é um problema de saúde pública, e que exigirá não apenas conhecimento técnico-científico, mas ético e estético e uma postura de abertura e flexibilidade.

Acredito que por terem a formação pautada no modelo biomédico, acostumados a atender questões de resolução mais rápida, o fato de não se sentirem capazes de resolver o problema pode dificultar e/ou impedi-los de visualizar o seu papel como profissional dentro de um contexto.

É importante destacar que a resolutividade do problema pauta-se na participação e integração de diversos atores e setores da sociedade, e não só nas mãos desses profissionais. Contudo, os sentimentos e emoções vivenciados no atendimento à vítima de violência sexual não podem ser abolidos completamente, pois os profissionais são seres humanos, e como tais, não conseguem isolar suas emoções do trabalho. O modo de separá-los consiste na habilidade de reconhecer os próprios sentimentos para que possam ser mais bem trabalhados e elaborados.

Ao final da caminhada pude constatar que tudo aquilo que cada profissional de saúde vivenciou no cuidado com as vítimas de violência sexual ficou armazenado no corpo que é o único lugar da experiência humana, o conjunto das significações vividas mediante uma multiplicidade de fenômenos existenciais que podem ser desvelados.

O desvelamento do fenômeno em tela parece ter sido uma oportunidade de os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual darem o seu grito que clama por ajuda para que possam continuar o cuidar, mas também serem cuidados pelas instituições de saúde, a fim de que possam manter-se saudáveis durante a trajetória existencial.

Os profissionais de saúde não constituem um mundo particular, pessoal e independente dos demais. Eles percebem um mundo comum, no qual se relacionam e se comunicam, tanto no plano superficial quanto no profundo, pois são seres históricos, sociais e culturais. Dessa maneira, não se pode desconsiderar o que eles pensam, sentem e percebem.

A compreensão do fenômeno que desvelei aponta para um horizonte com várias possibilidades de intervenção e pesquisas que podem contribuir para a ampliação e construção do conhecimento. Esse é uma busca inesgotável que possibilita o avanço da ciência e da tecnologia e propicia a criação de mudanças de mentalidade acadêmica, profissional, ética, política e de outras relações com a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMENDRA, C. A. da C.; BAIERL, L. F. A dinâmica perversa da violência e do medo social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 72, 2002.

BANCO MUNDIAL. THE WORLD BANK GROUP. **Gender-based violence**. [Online], 2006. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/gender/>> Acesso em: 27 ago. 2006.

BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; ALVES, R. N. **Quem cuida também merece cuidados: conhecendo e prevenindo o burnout**. Maringá: Eduem, 2003.

BLAIR, T. D.; RAMONES, V. A. Understanding vicarious traumatization. **J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.**; v. 34, n. 11, p.24-30, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a Prática em Serviço**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília: MS, 2005.

BOADELLA, David. Transferência, Interferência e Ressonância. **Cadernos de Biodinâmica 3**. São Paulo: Editora Summus, 1985.

BOGGIO, L. G. Arqueología del cuerpo. Ensayo para una clínica de la multiplicidad. **Colección Clínica Bioenergética y Psicología Social**. Montevideo: Edición TEAB, 1999. 200 p.

BORGES, S. M. N. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2007.

BOTT, S.; MORRISON A.; ELLSBERG, M. Preventing and responding to gender-based violence in middle and low income countries: a global review and analysis. **World Bank Policy Research Working Paper 3618**, June 2005.

BRASIL. Decreto nº 5.099, de 3 de Junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm> Acesso em: 20 de nov. de 2006.

CHAUÍ, M. S. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Franchetto, B.; Cavalcanti, M. L. V. C.; Heiborn, M. L. (Org.) **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984, v. 4, p. 23-62.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ (1994). **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs_convencao/convencao_interamericana_dec_3956.pdf> Acesso em: 24 nov. 2006.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2007.

CROTHERS, D. Vicarious traumatization in the work with survivors of childhood trauma. **J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.**; v. 33, n. 4, p.9-13, 1995.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Atenção à mulher vítima de violência**. Programa Mulher de Verdade. Curitiba, Set., 2004.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Avaliação do Programa Mulher de Verdade: Março de 2002 a Fevereiro de 2005**. Mimeo. Set, 2006.

DREZETT, J. Aspectos Biopsicossociais da Violência Sexual. In: **Reunión Internacional de Violencia: Ética, Justicia y Salud para la Mujer**. Monterrey: Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, 2000.

EIZIRIK, M. et al. Contratransferência e trauma psíquico. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2007.

FARAH, M. F. S. Gender and public policies. **Rev. Estud. Fem.** [online]. Jan./Apr. 2004, vol.12, no.1, p.47-71. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000100004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 8 mar. 2006.

FIGUEROA, A. A. Aspectos éticos vulnerados en situaciones de violencia : su importancia en la formación de enfermería. **Revista Investigación y educación en enfermería**, Espanha, v. 23, n. 2, p. 104-116, 2005.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001. A mulher brasileira nos espaços público e privado. **Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo**. Disponível em: <<http://fpabramo.org.br/nop/nop.htm>> Acesso em: 8 mar. 2006.

FURLAN, R.; BOCCHI, J. C. O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2003000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2006.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.10, suppl.1, p.146-155, 1994.

GRAÇAS, E. M. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 4, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez., 2000.

HEISE, L.; PITANGUY, A.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. 1st ed. Washington, DC: The World Bank; 1994.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending Violence Against Women. **Population Reports**, v. XXVII, n. 4, series L, number 11, 1999. Disponível em: <<http://www.infoforhealth.org/pr/l11/violence.pdf>> Acesso em: 01 set. 2006.

HIRCHZON, C. L. M.; DITOLVO, H. H. S. Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais da saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.387-92, mar/ago, 2004.

INOJOSA, R. M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. **Anais Eletrônicos**. Santiago, Chile, 18 – 21 Oct. 2005. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf> Acesso em: 26 dez. 2007.

IPAS. **Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos**. Brasil, 2006, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>> Acesso em: 8 mar. 2006.

KELEMAN, Stanley. **Bounding Center Press**. 1986.

KOSS, M. P. Rape: scope, impact and public policy responses. **American Psychologist**, v. 48, n. 10, p. 1062-1069, 1993.

LABRONICI, L. M. **A corporeidade propiciando o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas de cuidar**. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 1998.

LABRONICI, L. M. **Corporeidade no cenário da clínica ortopédica**. 1 ed. Porto Alegre: EST, 1999. 84p.

LABRONICI, L. M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 2002.

LESCHER, D. A.; et al. **Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde**. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de

São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas. São Paulo, Set, 2004. 74 p. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Crianca_Situc_Risco.pdf> Acesso em: 26 dez. 2007.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis**. Organização de textos Vitória Helena Cunha Espósito. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, M. C. F. N. Relação Profissional - Paciente: Subsídios para Profissionais de Saúde. **Psychiatry On-line Brazil (2) Março 1997**. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/cezira.htm>> Acesso em: 26 dez. 2007.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível**. (Trad.) GIANOTTI, J. A.; D'OLIVEIRA, A. M. São Paulo: Perspectiva, 2005.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. (Trad.) MOURA, C. A. R. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. (Trad.) CESAR, C. M. Campinas: Papirus, 1990.

MASINI, E. F. S. A experiência perceptiva é o solo do conhecimento de pessoas com e sem deficiências sensoriais. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2006.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: Cecílio, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 117-60.

MINAYO, M. C. S. Social violence from a public health perspective. **Cad. Saúde Pública**, v.10, supl.1, p.7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p.7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, v. IV, n.3, p. 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2006.

MORENO, C. G. **Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud**. Publicación ocasional No. 6. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center of Population and Development Studies, 2000. 41 p. ISBN: 927532286 4

NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral. **Declaration on the Elimination of Violence Against Women**. Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec. 20, 1993.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. - Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org.) **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.130-144,

NORONHA, M. G. R. C. S. **Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=41> Acesso em: 20 dez. 2007.

OLIVEIRA, L. A.; *et al.* Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.689-698, jul/set, 2005.

OLIVEIRA, V. L. A. de; VIOLA, A. boletim epidemiológico. **Revista Saúde no Paraná**. Secretaria do Estado da Saúde, ano v, n. 17, p. 1-9, Primavera, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington, D.C.: OPS, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm> Acesso em: 27 ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e a Saúde**. Bruxelas, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/temas_documentos_detalhe.cfm?id=28&iddoc=95> Acesso em: 27 ago. 2006.

PEARLMAN, L.; SAAKVITNE K. **The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization**. In: Pearlman L, Saakvitne K. Trauma and the therapist. New York: WW Norton; 1995. p. 15-34.

POLAK, Y. N. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. [Tese de Doutorado] - Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

POLAK, Y. N. **A corporeidade como regate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997a.

POLAK, Y. N. **Socialidade da doença, multidões de corpos e corporeidades solitárias**. Tese (concurso de Prof. Titular de Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997b.

POLIT D. F; HUNGLER B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, M., MCCALLUM, C., SCOTT, R.P. *et al.* Women's health in violent situations: municipal administrative roles and decision-making in the Brazilian public health system. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl.2, 2003.

RACKER, H. Os significados e usos da contratransferência. In: **Racker** H, ed. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 1982. p. 120-57.

RAMALHO, M. A. N.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2007.

RÚDIO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. 3ª ed. Vozes, Petrópolis, 1999. 96p.

SANTOS JÚNIOR, E. A; DIAS, E. C. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 36-54 • jan-mar, 2004.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violence against women: a study in a primary healthcare unit. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jan. 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra a mulher: Interfaces com a saúde. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação**, n. 5 p.11-27, 1999.

SCOTT, J. **Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica**. Tradução Autorizada, Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS CORPO, 1989.

SCARPATO, A. Transferência Somática: A dinâmica formativa do vínculo terapêutico, **Rev. Hermes**, São Paulo, n. 6, p. 107-123, 2001.

SILVA, F. P. P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **Rev. de Psicologia Social e Institucional**, Londrina, v. 2, n. 1, jun. 2000. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>> Acesso em: 26 dez. 2007.

SILVEIRA, P. **Acolher Chapecó** – uma proposta humanizante para a reorientação da produção do cuidado em saúde, Chapecó: Secretaria Municipal da Saúde, junho de 2003, mimeo, 7 p.

SIQUEIRA, T. C. B. A Construção da Intersubjetividade em Merleau-Ponty. **Rev. Educ.**, v.5, n. 1, p.119-134, Goiânia-GO: Dep. Educação da UCG, 2002.

TELES, M. A. A; MELO, M. **O Que é Violência Contra a Mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**O Significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de saúde**”, cujo objetivo é: desvelar o significado da vivência no cuidar de vítimas de violência sexual e para participar é necessário que você leia este documento com atenção, uma vez que pode conter palavras que você não entenda, e que cabe a mim elucidar. Ressalto que sua decisão em participar deste estudo é voluntária e você não será pago por sua participação, assim como não terá nenhum custo. Assim sendo, caso decida participar, deverá assinar esse termo de consentimento. Contudo, poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A investigadora responsável pela pesquisa irá coletar informações fornecidas por você, através de entrevista gravada com a utilização de aparelho digital e mediante a seguinte questão: “**Fale-me sobre a sua experiência de cuidar de vítimas que sofreram violência sexual**”. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Sua identidade não será revelada em qualquer circunstância e sua participação não envolverá desconforto ou riscos.

Os discursos coletados serão usados para a avaliação da pesquisa e poderão ser revisados por membros do Comitê de Ética. Os dados também podem ser usados em publicações científicas pela pesquisadora sobre o assunto pesquisado.

Estarão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois da pesquisa e se você tiver alguma dúvida com relação à pesquisa, deve contatar o investigador do estudo (Maria Eduarda Cavadinha Corrêa /Telefone: 3285-3249 das 13h00 as 19h00 de segunda a sexta).

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para

interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me acarrete problemas. Eu entendi que não haverá problema com relação à pesquisa e que a mesma não acarretará custos ou danos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

ENTREVISTA

Pesquisador: Gostaria que você me falasse sobre sua experiência em cuidar de vítimas de violência sexual.

Ator: Foi assim, abriu a maternidade “x” e a enfermeira que trabalhava aqui foi convidada pra trabalhar lá, aí ficou sem ninguém aqui. Então, surgiu meu nome como sugestão de vir pra cá. Me convidaram, a princípio, foi até antes do carnaval e aí eu falei pra minha coordenadora que ira pensar e depois do carnaval dava a resposta, porque eu me sentia assim um pouco acomodada no alojamento, porque já estava lá há 10 anos. Já tinha um trabalho com a equipe, tinha conquistado a equipe e tal e eu tava meio insegura de vir pra cá e aí eu decidi que não queria mais. Daí então eu fui convocada, não mais convidada, a coordenadora que tinha mudado disse que eu tinha que ir, porque agora não tinha mais ninguém lá e tava precisando. Então, vim com muita dor no coração, foi bem triste, porque eu amava o meu trabalho anterior, tinha muita experiência legal, mas tamos aí, tudo é um desafio. Foi bom eu ter saído, porque 10 anos numa unidade, você acaba ficando bitolado, acaba perdendo meio a visão, acho que nada é por acaso.

E como eu sou funcionária do hospital eu tenho que atender as solicitações, claro. E enfrentar os desafios. Então, eu enfrentei bastante barra, quando eu cheguei aqui não fui bem recebida pela equipe, não foi nada acolhedor o ambiente, eu penei muito, até pelas minhas próprias colegas enfermeiras que estavam com medo de perder o espaço, mas espaço a gente não ganha, a gente conquista. E os funcionários tinham uma maneira de trabalhar e eu outra maneira, daí começou porque eu comecei a ver um monte de coisa errada, daí eu fiz o diagnóstico da unidade, depois fiz um planejamento e foi isso que eu fiz. Agora tá tudo bem, a gente trabalha com uma equipe super reduzida, mas muito boa, mas isso foi conquistado com muita luta.

Com relação ao atendimento de vítimas de violência, foi até interessante, porque o médico daqui iniciou em 1999 e teve um início muito tímido. Quando eu cheguei aqui não tinha nada de registro, não tinha nada, porque não era um trabalho com protocolo nem nada. Em 2001, eu vim pra cá e em 2002 foi instituída a parceria com

a secretaria municipal, então aí que começou todo um trabalho. Aí foi muito legal, porque eu cheguei aqui e não tinha nada estruturado. Então eu e a secretaria começamos praticamente juntas, pois como eu era a enfermeira eu era o elo, com parceria com o médico daqui e a parte médica e eu com a parte de enfermagem. A partir daí, veio o protocolo e foi desgastante porque não teve um treinamento, nós não tivemos um preparo da equipe, porque acabou vindo e começou o atendimento, nós já tivemos uns 10 ou 11 atendimentos e depois começou a aumentar por conta da divulgação.

Olha, foi difícil começar, porque é um tema pesado e é uma coisa assim que a gente não imaginava. Pra mim, é tão engraçado, porque quando a gente dá palestras a gente vê as mesmas caras que eu fiz aqui no início. Então tá, vamos esperar quem vai chegar, a primeira vítima, enfim. E aí assim, no começo eu começava a julgar, claro que não verbalizava, mas eu pensava assim “Meu Deus, o que essa paciente tava fazendo ali de madrugada!” E tinha uma ficha antiga que a pessoa tinha que dizer qual a roupa que usava, mas aí surgiam pensamentos tipo “duas da manhã de shorts e camisetinha na esquina, tava procurando, né”, dentro de mim, que é próprio do ser humano. Então, vinha aquela coisa assim de julgamento e eu tinha que trabalhar isso dentro de mim e a medida que foi aparecendo os casos e a diversidade da violência, isso foi assim abrindo a minha cabeça, o meu coração, porque eu vi que não era, porque a gente pensa assim “ah, mas foi a pessoa que procurou, que tava lá naquele local exposta, é porque queria.” Mas aí com os casos que foram aparecendo eu fui mudando a minha forma de pensar e minha idéia e vi que não era bem assim, porque até eu to exposta e tenho duas filhas que estão expostas e quem tá nesse mundo tá exposto a qualquer tipo de violência, né, porque antes a gente falava mais da violência sexual e hoje existem um leque de violências, porque antes a gente tava sendo violentada institucionalmente, psicologicamente e achava que não, mas é uma forma de violência também.

Mas olha, comparando quando eu comecei para como estou agora, eu cresci e amadureci uns 30 anos, no sentido de atendimento, de acolhimento. Até porque, como eu trabalhava com aleitamento, fiz um curso de aconselhamento em amamentação e tem muito disso sabe, a forma de você sentar, de se expressar pra acolher o paciente e pra mim isso foi bom, porque levei uma bagagem de conhecimento desse aconselhamento de amamentação e eu pude utilizar nesse acolhimento de vítimas de violência. Mas eu tive que me auto trabalhar, eu sofri

demais com isso, né, pra tirar todo esse estigma que eu mesma tinha, né. Hoje, eu trabalho assim não digo que sofro e tal, eu tenho minhas emoções, sabe, às vezes a gente se choca com algumas histórias, mas eu tento assim não levar isso pra minha casa, não ficar 'neura' e pensar "ai meu deus, pode acontecer com a minha filha", até um tempo atrás eu ainda imaginava, né. Eu ficava de olho nos bairros onde acontecia. Teve uma vítima que era cabeleireira e o salão que ela atendia era na esquina daqui de casa e a gente acaba ficando assim preocupada. Mas hoje, eu não sou neurótica do jeito que eu era. E o que eu sinto é que não teve ninguém pra trabalhar isso com a gente e não tem ainda hoje. Com o psicólogo daqui eu consigo me abrir ainda, só que ele tá inserido no grupo, não é a pessoa mais indicada pra fazer uma terapia pra nós. Então acho que falta a instituição oferecer isso pra nós, né. Então esse é até um projeto que eu tenho de fazer um trabalho com as auxiliares de enfermagem, porque assim como eu não tive preparo nenhum, elas muito menos.

Pesquisador: você disse que hoje não era tão neurótica como um tempo atrás, como está hoje?

Ator: Assim eu converso muito com minhas filhas e elas tão inteiradas com o trabalho que eu faço, nós temos uma abertura muito boa. Eu tenho duas filhas, uma de 14 anos e outra de 9. Então, tem até umas coisas que eu comento com a mais velha no sentido de proteção, por exemplo, tem meninas que vão na festa e aquela coisa da bebida e vai no banheiro e quando volta, toma da mesma bebida e de repente tem alguma coisa ali dentro e isso eu acho legal passar pra minhas filhas, no sentido delas ficarem mais alertas, por exemplo, carona, tinha uma menina que pegava carona com uma colega da universidade todos os dias, ela e mais três adolescentes. Um dia as outras duas não foram pro colégio, mas ela pegou carona com o amigo dela, claro ela pegava carona todo dia, né, e naquele dia ele aproveitou da situação e violentou, né. Então, até que ponto você pode confiar. Então, nessas coisas, eu coloco a situação pra minha filha, pra que ela fique mais alerta, que ela tome mais cuidado com as situações que podem vir a ter no dia a dia da vida dela. Mas eu procuro não ficar enfatizando, colocando, nem comentando os casos, até porque é antiético. Mas assim eu procuro trabalhar de uma forma diferente, não tão neurótica, como eu era no começo, porque eu achava que tudo ia acontecer também comigo, que se eu saísse daqui ia acontecer algo comigo na esquina, ou com as

meninas, eu ligava e perguntava se tava tudo bem e mandava ficar em casa, não sair, trancar as portas, era assim sabe. Agora, eu to mais livre, assim, a gente tem que rezar muito e colocar na mão de Deus. E agora eu to me autocuidando, até porque eu engordei demais, envelheci. Então, pra quê isso? Eu tenho que me cuidar pra que eu tenha energia pra expor pras pacientes que vêm me procurar. Então assim, eu tenho que tá bem. Eu to fazendo ginástica, faço natação, queria fazer yoga. Então assim, eu procuro me cuidar, fazer algumas coisas alternativas, porque a gente é muito sugada, as pacientes chegam aqui num estado bem assim de calamidade as coitadas, né, mas o que gratifica é depois desses seis meses que elas voltam e agradecem a gente e dizem “olha eu to bem, que bom que você tava aqui pra me acolher” e isso não tem o que pague. Mas a gente também tem que se cuidar, porque não adianta eu não estar bem e atender o paciente. E além de você ter as preocupações do teu trabalho, você tem as preocupações da sua casa, da sua família e tal. Mas assim, você acaba assumindo e assimilando muita coisa. Mas não é por conta do trabalho só, né, mas você acaba ficando assim ansiosa queira ou não. E além de atender às vítimas de violência, também tem a parte administrativa e a parte assistencial. Então tudo isso tem que planejar e programar.

Pesquisar: E como é atender essas vítimas?

Ator: Tem o lado ruim de estar em contato constantemente com a violência e o lado bom quando as pacientes reconhecem o seu trabalho.

Pesquisador: Você poderia me falar sobre alguns atendimentos?

Ator: Bem, tem casos que chamam mais a atenção como, por exemplo, quatro casos que além da violência sexual, foi a violência física, então as pacientes chegavam traumatizadas mesmo. Também teve um caso de uma catadora de papel e ela foi violentada no Alto da XV, colocaram ela lá dentro de uma casa abandonada e o cara violentou, bateu e ela chegou aqui sangrando e aí quando ela chegou a gente colocou ela no consultório pra ela esperar o médico e eu fui dar uma limpada no rosto dela e achei interessante que ela falou assim: “ai cuidado enfermeira que eu sou HIV positivo.” Eu achei interessante naquela hora, porque eu cuidando dela, ela cuidou de mim também, né. Daí eu disse a ela que não se preocupasse que eu tava

de luva e continuei limpando o rosto dela, mas não dava pra reconhecer, não dava pra ver cor dos olhos, ela tava assim transfigurada. Ela acabou internando e depois de dois dias eu fui visitá-la depois e aí a gente acabou fazendo vínculo né, mas assim foi bem traumatizante né, porque teve violência anal, vaginal e bateram muito nela e eu fiquei bastante impressionada com o estado.

Pesquisador: E como é trabalhar com isso?

Ator: Assim, na hora você faz o seu trabalho, mas você fica pensando como tem gente que tem capacidade de fazer isso, pensa no agressor o que faz o agressor fazer essa violência tão grande, mas depois passa e você vê que a pessoa fica bem. Teve um caso que me chocou que foi uma paciente que fomos atender em outro hospital, a médica passou aqui e pediu pra arrumar toda a medicação e fomos lá e a paciente tava com traumatismo craniano e tava em coma. Depois ela saiu do coma, então a gente agendou a consulta dela aqui. Na primeira vez ela veio e na segunda vez veio a avó. Depois, eu recebi um telefonema da tia dela avisando que ela tinha falecido, que tinham matado ela e ela tinha 17 anos, tinha 2 filhos e nós tínhamos colocado ela na rede de proteção com toda aquela burocracia que eles exigem e tal, só que quando eles exigem e você vê que dá resultado, aí tudo bem. Quando eu soube que tinham matado essa menina, eu fiquei revoltada com a rede de proteção, porque onde é que tá a tua ação? Porque eu sou muito assim, se você fala que tem que fazer isso assim, daquela forma, vamos fazer direitinho. Às vezes eu brigo com o meu marido porque ele reclama do meu horário, mas eu falo pra ele que ele trabalha com papéis, com processo e se você não terminar o processo, ele fica ali na tua mesa e no outro dia você vai lá e termina e eu trabalho com vidas, se eu deixar a paciente perecer porque não tem uma assistência de boa qualidade, com certeza ela vai ter seqüela, com certeza vai ter conseqüências posteriores. Então, eu fiquei revoltada. Poxa! Porque a gente faz todo um trabalho, porque o trabalho depende de todos, que nem aqui, começa da secretaria e a primeira impressão é a que fica, por exemplo, se ela for mal atendida na secretaria, aí já fala que não vem mais aqui. Então, eu me revoltei, porque onde tá a rede de proteção? Nós fizemos toda a nossa parte, fomos lá, prestamos atendimento e aí acabou ela sendo assassinada. E aí eu me pergunto onde tá esse povo da rede de proteção. Isso eu ainda não consegui digerir. Isso me deixou muito triste, porque a qualidade tem que continuar, porque o

andamento não da pra parar, não adianta fazer um atendimento adequado e quando chega na hora que mais precisou e não tem. A minha vontade era de ir lá e perguntar cadê essa rede de proteção? Mas hoje eu pondero mais as coisas, antigamente eu era mais explosiva. Hoje eu pondero mais, eu comuniquei as pessoas competentes pra que analisassem os caso e pronto, porque eu tenho limites, além desse limite eu não tenho condições de resolver as coisas. Mas fiz a minha parte.

Ah e teve outro caso que me chocou que foi o caso de uma professora e ela foi raptada e levou um tiro no maxilar e ficou em outro hospital e nós fomos lá prestar todo o atendimento e depois ela fez o retorno aqui no ambulatório e foi tão legal, essa menina teve uma força tão grande, porque depois que o cara violentou ela, jogou ela do carro, num matagal à noite e ela ficou com medo, porque tava muito escuro e não queria ficar ali sozinha. Aí ele jogou a bolsa dela e ela caiu, quando ela caiu, ele deu um tiro que pegou de raspão no ouvido dela, porque ele queria atingir a cabeça dela e depois deu outro tiro. E aí quando ela retornou aqui, eu fiz todo o acolhimento dela e do marido dela e aí ela relatou toda a história dela e aí eu pensei: “Meu Deus! Que menina vitoriosa!”, porque ela lá ferida, naquele matagal, com a boca cheia de sangue, foi se arrastando, foi se arranhando até encontrar ajuda. Então, ela contando a história e eu me colocando no lugar dela, parecia um filme. Daí ela fez várias cirurgias né. E ela contou que a vida profissional dela acabou, ela ficou com problema na fala. Ela disse que quem dava apoios pra ela era a filha de 9 anos e o marido que deu muita força e era com ele que eu entrava em contato quando ela tava em outro hospital. Então, no início, eu chegava a deixar o meu celular para as pacientes, no caso delas sentissem o efeito colateral de alguma medicação e tal, depois eu vi que não, que já tava demais, não posso ser muito maternalista e eu tenho que me cuidar também em relação a essas coisas, eu tenho uma família e tal. Dando o número do meu celular, até que ponto eu não taria me envolvendo, sabe? Eu sei que agora não posso mais, mas eu deixava o número pensando no cuidado do paciente: se ele sentir diarreia, se tiver aquelas alergias e tal. Então eu achava que ninguém aqui era capaz de resolver, que eu que tinha que resolver e dava meu telefone. Hoje, eu peço pras meninas (da equipe), que dê nos casos especiais ou que peguem o telefone da pessoa. No caso do marido dessa mulher, ele me ligava, eu ligava pra ele e ele sempre me dava notícias. Foi uma

história chocante, mas com um final feliz. E eles fizeram um agradecimento num jornalzinho e veio um agradecimento específico pra nós da equipe.

Então isso gratifica, porque você sente que o seu trabalho surtiu efeito, porque o quê eu me frustro, como eu já passei pela neonatologia, por exemplo, você o bebezinho e você faz, faz, faz e ele vem a óbito, quer dizer, não dá aquela sensação de incapacidade? A gente luta pela vida, a gente não tá acostumado a vivenciar a morte. Eu que trabalho na maternidade, trabalho com a vida. Então, não sei trabalhar com a questão da morte e meu trabalho aqui me sinto muito gratificada.

As pessoas costumam perguntar quando eu falo com o quê eu trabalho como eu agüento trabalhar com isso. Então, eu respondo que com muita fé, muita reza, com Deus assim que me dá forças e, assim, agora eu tô fazendo coisas pra me cuidar agora, pra que eu me sinta feliz e possa atender todos bem.

Ah, teve um caso de um paciente masculino também que foi ameaçado por um travesti e acabou fazendo sexo. Então, acolhemos ele aqui, ele contou toda a história, só que quando ele voltou pra casa o pastor da igreja ficava falando que ele tinha uma doença no sangue e tal e ele acabou emagrecendo e isso também estava gerando crise no relacionamento dele, depois de 6 meses que tava tudo bem com ele, os exames todos negativos, ele me ligou, daí eu disse que tava tudo bem como, mas se ele quisesse repetir os exames pra se sentir melhor, a gente faria. Então, depois deu tudo certo depois e a esposa e ele se acertaram e ela acabou engravidando. O que eu achei legal que depois que tava tudo bem, que ele se reconciliou com a mulher e tal, aí ele ligou agradecendo o meu apoio e tal, daí eu me senti valorizada sabe, porque ele não ligou pra mim só porque tava precisando e sim pra agradecer. Mas hoje eu já não dou mais meu telefone, pra me preservar e preservar a minha família.

Ah, sim. Eu tenho muita dificuldade em atender idoso, é interessante. Não tanto com criança, mas com idoso eu tenho. Não sei se é porque eu tive tanto contato com o meu avô, ele era meu amigo, meu psicólogo. Eu tinha uma relação muito de afeto com meu avô. Então são pacientes que me dão mais peninha assim. Quando chega essas senhoras de idade e com uma vida assim já sofrida, isso assim me entristece, me deixa mais triste, mais comovida, mais sentimental. E eu sou uma pessoa muito assim de pele, de corpo, não gosto muito de máquina, eu gosto de gente, gosto de ser tocada, abraçada, sabe?

Sabe o que é bom de tudo isso? É porque eu trabalho com uma equipe maravilhosa o psicólogo, a médica, a assistente social, cada um com o seu perfil, mas a gente trabalha redondinho.

Pesquisador: Fora os pacientes idosos, mais alguma dificuldade?

Ator: Ah, sim os pacientes que sofrem violência crônica sabe, porque eu sinto que eles vêm aqui mais empurrados, mas assim eu sinto que não vai ser uma coisa que vai resolver de imediato, porque aquilo é uma bola de neve, sabe. E é bem diferente trabalhar com a violência crônica, sabe, bem diferente da violência aguda que a gente atende aqui, porque você tem que trabalhar a nível de família e tem coisas que me revoltam, porque muitas vezes o agressor continua na casa. Mas assim, são coisas que fogem do meu limite. Então eu acho assim a violência crônica, não é aqui o local ideal pra ser atendido, a gente tá tentando triar mais, porque tem unidade de saúde e o centro de referência que presta um atendimento mais adequado.

Também tenho um pouco de dificuldade com as mulheres que ficam grávidas. Então, eu preciso ainda respirar fundo, porque é uma coisa que eu tenho que trabalhar dentro de mim, porque eu sofri muito pra engravidar, eu engravidei 4 vezes e perdi 2 bebê. Daí vem a questão “poxa essa mulher tá grávida e quer tirar esse bebê”, mas eu tenho que respeitar, é uma decisão individual da mulher. Então é uma coisa que eu procuro... assim, eu me dispo de todo e qualquer preconceito quando ela chega. Eu procuro não fixar a questão gravidez em si. Eu procuro não enfatizar muita as coisas, eu não gosto muito da palavra “aborto”, prefiro usar o termo “interrupção”, acho aborto uma palavra muito pesada. E as opções são: faz a interrupção ou faz o pré-natal, tem o bebê e cria ele, ou faz o pré-natal, cria o bebê e entrega pra adoção. Assim, eu tenho que trabalhar isso. Eu explico pra ela que tem essas opções e que ela converse com o companheiro ou com a família e reflita sobre o que quer fazer, mas sem enfatizar nenhuma das opções. Mas ainda é uma coisa que me aperta, porque eu fico pensando que é um bebezinho, é uma vida, eu particularmente não suporto o aborto, em qualquer situação.

Mas o meu pessoal é esse, sou contra o aborto, mas também por conta da minha religião, tenho minha fé, tenho meu Deus, mas é uma coisa minha que eu procuro resolver pra não passar pro paciente. Tenho que respeitar a opção dela.

Pesquisador: Fala um pouco mais sobre esse limite que você mencionou

Ator: Então, os meus limites assim, eu não posso chegar lá na Secretaria de Saúde e questionar sobre o que eles tão fazendo em relação às unidades de saúde. Mas eu falando não causa tanta repercussão. É isso que eu falo dos meus limites sabe, é que eu vejo que não tem resolutividade. E é isso que o povo anseia, fica angustiado, inclusive eu. Acaba que a gente trabalha muito mais com a emoção do que com a razão. A gente sempre quer fazer mais do que pode.

Pesquisador: O que significa atender vítimas de violência sexual pra você?

Significa o acolhimento, sabe, humanizado. Eu nem gosto muito dessa palavra. Mas tem muitas coisas que tão sendo resgatadas aqui sabe. Então o primordial é o acolhimento, mesmo que não fale nada, mas dê aquele olhar ou o toque ou a escuta. E tem coisinhas que a gente acha banal, mas pro paciente não é banal sabe. Então eu acho que o primeiro atendimento que é o acolhimento é essencial e com toda a equipe inserida, com o seu perfil.

O que eu acho interessante é que quando ela chega, ela vai no balcão e é legal que as meninas respeitam, não ficam curiosas e tal. Já evitam de conversar e perguntar sobre o que aconteceu pra preservar essa mulher, isso já é um trabalho que a gente faz.

Outra coisa assim que eu acho é o respeito, o respeito à individualidade, o respeito à pessoa, por exemplo, quando a gente atende homem, geralmente todo mundo fica olhando “Nossa! Um homem” e não pode né. Então, eu acho que é isso que é importante: é o primeiro acolhimento, é o atendimento humanizado, o respeito a cada um, à individualidade.

E a gente tem que se despir de todo e qualquer preconceito pra fazer esse atendimento, que isso pode interferir e o profissional pode acabar sofrendo com isso. Então, se você tiver bem, tiver livre, você vai conseguir fazer um bom atendimento.

Mas eu penso que para ajudar os profissionais pra lidar com essas coisas e até cuidar dele, poderiam ser feitas algumas atividades né, algumas coisas práticas como ginástica laboral uns 15 minutinhos, uma vez por mês a gente programar uma café da tarde, um chá da tarde, mas assim fazer coisas gostosas, como outras atividades, até pra proporcionar um momento de integração com a equipe e de

descontração. E eu acho que um terapeuta é importante, porque às vezes você se sente sufocada pelo atendimento, porque todo mundo tem problemas em casa também. Enfim, eu acho que precisa ter um terapeuta pra você extravasar, eu sei que ele não vai resolver o teu problema, mas é bom desabafar. Às vezes eu até converso com o psicólogo da equipe, mas seria bom alguém de fora. Tinha que ter alguém aqui no setor, mas pra ser um trabalho contínuo, porque a gente tá aqui todos os dias, poderia ser uma terapia ocupacional ou uma terapia “ouvinte” assim. Então, eu acho que é isso que ta faltando.

Pesquisador: Por falar em trabalho contínuo você teve algum preparo de graduação, curso, graduação ou pós-graduação?

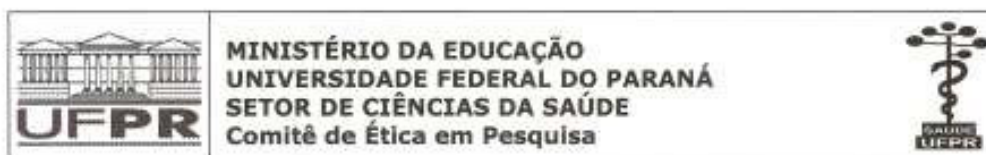
Ator: Não (risada), até porque eu entrei em 80. Mas hoje tem uma coisa legal porque as pessoas estão correndo atrás, tão vindo fazer trabalho, no meu tempo não tinha isso.

Agora eu não sei se depois que começou esse programa, como foi que foi projetado isso pras universidades, sabe? Mas eu não tive nada, nem curso, nem disciplina na graduação, nada. Eu aproveito as minhas experiências anteriores e uso no atendimento que faço aqui.

Pesquisador: Alguma coisa que você gostaria mais de falar?

Ator: É importante esse trabalho que você tá fazendo, porque alguém vem aqui perguntar a nossa opinião, a nossa experiência, como a gente se sente, porque talvez exista alguém aqui que sofra com esse atendimento e a gente não sabe, né. Então a gente pode ver o que pode mudar. Até porque motivação não é só a nível salarial né, já fizeram pesquisas e aumentaram o salário e a qualidade do atendimento não melhorou, a motivação não melhorou. Eu acho que a motivação vem dessas atividades que poderiam ser feitas e eu te falei. Eu acho que isso é uma forma de valorizar o profissional, de incentivar para que o trabalho seja feito com qualidade.

ANEXOS



Curitiba, 22 de novembro de 2006.

Ilmo (a) Srs. (a)
 Maria Eduarda Cavadinha Correa
 Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXPRESSO PELA EQUIPE DE SAÚDE", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. Foi apresentado, analisado e aprovado com pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião do dia 22 de novembro de 2006.

Registro CEP/SD: 402 SM 094-06-11 FR: 113806 CAAE 0049.0.000.091-0

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução 196/96 CNS, manifesta-se em solicitar ao pesquisador que: informe a este CEP, os eventos adversos, inclusão, exclusão, cancelamento, interrupção, qualquer alteração, bem como, o relatório de conclusão da pesquisa.

Atenciosamente

Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho
Prof. Dr. Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho
 Coordenador do Comitê de Ética em
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Endereço: Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240
 Fone/fax: 41-3360-7259 – e-mail: cometica@saude.ufpr.br



"E não nos cansamos de fazer o bem"
Gálatas 6,9

Al. Augusto Sherfke, 1938
Curitiba - PR
C.P. 17.16 - CEP 80730-150
Fone/Fax: (41) 3336-5959
C.N.P.J. 76.575.804/0001-28
Utilidade Pública Decreto de 27/05/92
Registro no CNSS-P 258.735 - 17/07/74

Ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos cientes e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "**O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXPRESSO PELA EQUIPE DE SAÚDE**" sob a responsabilidade da aluna **Maria Eduarda Cavadinha**, orientada pela professora doutora **Liliana Maria Labronici**. A pesquisa será realizada na coordenação da materno infantil, com os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual em Janeiro e Fevereiro de 2007.

Atenciosamente

Sheila Casagrande
Gerente de Engenharia
Sheila Regina França Casagrande

Curitiba 06 de novembro de 2006

☐ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EVANGÉLICO DE CURITIBA
Al. Augusto Sherfke, 1938
Curitiba - PR
C.P. 17.16 - CEP 80730-150
Fone/Fax: (41) 3240-5000
C.N.P.J. 76.575.804/0002-28

☐ FACULDADE EVANGÉLICA
DO PARANÁ
Rua Pedro Ancherle, 2736
Curitiba - PR
CEP 85730-030
Fone/Fax: (41) 3240-5000
C.N.P.J. 76.575.804/0003-99
Reconhecido Doc. 73873 de 29/03/74

☐ CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL EVANGÉLICO
Al. Augusto Sherfke, 1142
Curitiba - PR
CEP 80730-150
Fone/Fax: (41) 3224-5044
C.N.P.J. 76.575.894/0004-78
Reconhecido Doc. 414 de 25/05/71

☐ EVANGÉLICO SAÚDE S/C LTDA
Rua Capitão Souza Franco, 239
Curitiba - PR
CEP 80730-420
Fone/Fax: (41) 3225-4442
C.N.P.J. 02.989.632/0001-55

☐ CENTRO MÉD. COMUNITÁRIO
BARRO NOVO
Rua Jussara, 2030
Curitiba - PR
CEP 81525-470
Fone/Fax: (41) 3269-3424
C.N.P.J. 76.575.804/0001-29



Curitiba, 02 de abril de 2007.

Maria Eduarda Cavadinha Corrêa
Pesquisadora Responsável

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa intitulado **O significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pela equipe de saúde**, registro no CEP 0402-07, avaliado em reunião plenária em 26 de março de 2007, **foi aprovado** e está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatórios trimestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa de Seres Humanos - HPP



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE - HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA
INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PEQUENO PRÍNCIPE - ESPP
INSTITUTO PELO PEQUENO PRÍNCIPE - Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente
Atendendo crianças desde 1919

R. Desembargador Motta, 1070 - Água Verde - Curitiba-PR - 80250-060
Tel: 41 3310-1010 - Fax: 41 3225-2291 - info@hpp.org.br - www.pequenoprincipe.org.br
C.N.P.J.: 76.591.569/0001-30 - Inscrição Estadual: Isento - Inscrição Municipal: 04/03 035.943-2